NO PAPER RIGHTS

REIMPRESSION INTERDITE

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci

Deborah Rutman, Marilyn Callahan, Audrey Lundquist, Suzanne Jackson et Barbara Field

Recherche en matière de politiques
Policy Research

Condition féminine Canada
Status of Women Canada

Canada

Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci

Deborah Rutman, Marilyn Callahan, Audrey Lundquist,
Suzanne Jackson et Barbara Field

La publication de la présente étude et les recherches effectuées par les auteures ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées à l'intérieur du document n'engagent que les auteures, et ne traduisent pas nécessairement les vues officielles de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Août 2000

Condition féminine Canada s'est engagé à s'assurer que toute la recherche menée grâce à son Fonds de recherche en matière de politiques adhère à des principes professionnels, déontologiques et méthodologiques de haut niveau. La recherche se doit aussi d'apporter une contribution experte et unique en son genre au débat actuel sur les politiques, et d'être utile aux stratégistes de politiques, à celles et ceux qui font de la recherche, aux groupes de femmes, aux collectivités et à toute autre personne intéressée au domaine des politiques. Chaque document a été révisé anonymement par des spécialistes de la question, à qui on a demandé de faire des commentaires sur les aspects suivants :

- précision, fini et pertinence de l'information présentée;
- mesure dans laquelle l'analyse et les recommandations sont étayées par l'approche méthodologique et les données recueillies;
- contribution originale que le rapport permet d'apporter aux travaux déjà effectués dans le domaine et utilité du rapport pour les organismes oeuvrant pour l'égalité entre les sexes, les groupes de défense des droits, les stratégistes de politiques des gouvernements, les chercheuses et chercheurs et d'autre publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui ont participé à ce processus de révision entre pairs.

Données de catalogage avant publication (Canada)
Callahan, Marilyn, 1942 - .
Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci

Publié aussi en anglais sous le titre : Substance Use and Pregnancy: Conceiving Women in the Policy-Making Process
Comprend des références bibliographiques.
Publié aussie sur l'Internet.

ISBN 0-662-84438-6
N° de cat. SW21-47/2000F

1. Polytoxicomanie et grossesse — Politique gouvernementale — Canada.
2. Femmes enceintes — Polytoxicomanie — Politique gouvernementale — Canada.
I. Field, Barbara.
II. Canada. Condition féminine Canada.

RG580.S75S72 2000 362.1'983268 C00-980104-9

Gestion du projet : Nora Hammell, Condition féminine Canada
Coordination de l'édition : Mary Trafford, Condition féminine Canada
Révision : Brad Mann Communications
Traduction : Brad Mann Communications

Pour d'autres renseignements, veuillez communiquer avec la :
Direction de la recherche
Condition féminine Canada
350, rue Albert, 5e étage
Ottawa (Ontario) K1A 1C3
Téléphone : (613) 995-7835
Télécopieur : (613) 957-3359
ATME : (613) 996-1322
Courriel : research@swc-cfc.gc.ca

Ce document est aussi accessible sur le site Web de Condition féminine Canada, à l'adresse http://www.swc-cfc.gc.ca/.

100-06940/

PRÉFACE

Une bonne politique gouvernementale s'appuie sur une bonne recherche en matière de politiques, c'est pourquoi en 1996 Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques. Ce dernier appuie la recherche stratégique portant sur des enjeux liés aux politiques gouvernementales qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif est de promouvoir le débat public sur les enjeux liés à l'égalité entre les sexes afin de permettre à des personnes, à des groupes, à des décideurs et à des analystes de politiques de participer plus efficacement au processus d'élaboration des politiques.

La recherche peut être axée sur des enjeux en matière de politiques, nouveaux ou à long terme, ou sur des questions stratégiques urgentes et à court terme, pour lesquels une analyse des répercussions sur chacun des sexes est nécessaire. Le financement est attribué au moyen d'un appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe non gouvernemental joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités des recherches en matière de politiques, choisit les propositions qui seront financées et évalue les rapports finals.

Le présent document de recherche a été soumis et préparé à la suite d'un appel de propositions lancé en avril 1997 portant sur l'intégration de la diversité dans la recherche en matière de politiques, ainsi que dans l'élaboration et l'analyse des politiques. Même si les femmes prises collectivement ont des préoccupations communes en matière de politiques, les femmes qui vivent au Canada ne constituent pas un groupe homogène. Les femmes autochtones, les femmes de couleur, les femmes handicapées, les femmes qui sont membres de minorités visibles et de minorités linguistiques, les immigrantes, les lesbiennes, les jeunes femmes, les femmes démunies, les femmes âgées, de même que celles qui font partie d'autres groupes de femmes se heurtent à des obstacles à l'égalité qui leur sont particuliers. Par l'entremise de cet appel de propositions, les chercheuses et les chercheurs ont été invités à tenir compte de ces diverses expériences et situations en identifiant les lacunes en matière de politiques, les nouveaux dossiers politiques, les nouvelles tendances ou les nouveaux enjeux et en proposant de nouvelles orientations et options en matière de politiques.

Six projets de recherche sur ce sujet ont été financés par Condition féminine Canada. Ils examinent l'intégration de la diversité en ce qui a trait aux enjeux de la mondialisation, les politiques dans les domaines de l'immigration, de la santé et de l'équité en matière d'emploi, ainsi que les intersections entre le sexe, la culture, l'éducation et l'emploi. Une liste complète des projets de recherche financés en vertu de cet appel de propositions se trouve à la fin du présent rapport.

Nous tenons à remercier les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ i

SOMMAIRE iii

PRÉFACE ix

CHAPITRE 1 : PENSÉES TIRÉES DES OUVRAGES PUBLIÉS ET DES DOCUMENTS D'ORIENTATION 1

Introduction 1

Pensées tirées des ouvrages publiés 1

La toxicomanie et les femmes 2

La consommation d'intoxicants pendant la grossesse 6

Le débat sur le châtiment des femmes et la protection des enfants 9

Politiques et élaboration des politiques 10

Contexte national 12

Politique canadienne sur les Autochtones 13

Politique en matière de drogues 14

Politique en matière de santé 16

Le Code criminel du Canada 17

Le contexte des politiques provinciales 18

Lois sur la santé mentale 19

Protection de l'enfant 20

Services de traitement de la toxicomanie 24

Initiatives provinciales 25

CHAPITRE 2 : ANALYSE DE LA DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME DANS L'AFFAIRE DE L'OFFICE DES SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE DE WINNIPEG CONTRE M^ME G. 27

Introduction 27

Méthodes de recherche 27

L'argument juridique en tant que processus pour définir les problèmes et les solutions 29

Données et analyse des mémoires 31

L'exposé des faits 32

Les questions en litige 33

L'argumentation : définir le problème 35
L'argumentation : définir la solution 37
Le sommaire des mémoires 39

Données et analyse de la décision de la Cour suprême 40
Liens entre la toxicomanie et la lésion foetale 41
La toxicomanie est un choix de vie 43
Au sujet du traitement de la toxicomanie et des avantages d'un traitement obligatoire 44
Au sujet des peuples et des femmes des Premières nations 45
Au sujet des droits du foetus 47
Au sujet des droits de la femme 48

En conclusion 48

CHAPITRE 3 : MÉCONNAISSANCE DE LA SITUATION DE M^ME G. : UNE ANALYSE CRITIQUE DES REPORTAGES DE LA PRESSE ÉCRITE DU CANADA AU SUJET DU CAS DE M^ME G. 51

Introduction 51

Méthodes de recherche 51

Présentation et analyse des données 53
Quels aspects de la décision de la Cour suprême ont été soulignés? 53
Que rapportent les médias au sujet des jugements majoritaire et minoritaire? 56
Les arguments de la majorité de la Cour suprême 57
La présentation du « problème » et de la « solution » par la majorité 58
Les arguments de la minorité de la Cour suprême 61
La présentation du « problème » et de la « solution » par la minorité 61
Présentation du « problème » et de la « solution » dans les éditoriaux et les commentaires 64

Comment M^me G. est-elle présentée dans la presse écrite? 68
La présentation de M^me G. dans les articles et les éditoriaux 69

Que disent les médias au sujet de la toxicomanie? 75
Ce que les reportages ne disent pas 76
Ce que les médias disent au sujet des questions autochtones 77
Qui est cité dans les reportages et quels éléments sont passés sous silence? 78

CHAPITRE 4 : INCIDENCES DES POLITIQUES Partie I – Perspectives des femmes toxicomanes, des femmes autochtones et des praticiennes et praticiens des services sociaux Partie II – Les femmes autochtones se prononcent **81**

Partie I **81**

Introduction **81**
Contexte : profil des femmes enceintes qui consomment des substances intoxicantes 82

Dimensions idéologiques des politiques et de la pratique **85**
Prédominance d'un modèle d'abstinence 86
Les effets des modèles et de l'idéologie de l'abstinence 87
L'hypothèse ou l'idéologie qui assimile les parents qui prennent de la drogue à de mauvais parents 88
Les effets de l'hypothèse ou de l'idéologie qui assimile les parents toxicomanes à de mauvais parents 90
Prédominance et effets de la pensée dichotomique sur les politiques d'aide à l'enfance axées soit sur l'enfant, soit sur la famille 93
Prédominance et effets des stéréotypes, des modèles homogènes et des ghettos accolés aux femmes toxicomanes 94

Les contradictions et les incohérences des politiques **95**
Les contradictions entre les politiques de différents domaines 95
Les femmes sont piégées 96
Les gens sont punis en raison de leur toxicomanie 96
Le manque de coordination et de communication dans le domaine de la santé familiale 97
Confusion des rôles et frustrations chez les travailleuses et les travailleurs 98
Les femmes fuient les traitements 98
La formation en matière de toxicomanie est insuffisante 99

La pénurie des ressources et des possibilités de traitement pour les femmes enceintes ou mères **100**
Caractère adéquat/inadéquat des ressources actuelles 100
Conséquences d'options de traitement inadéquates : les femmes décrochent 101
Caractère adéquat/inadéquat des ressources actuelles 101
Sans ressources en temps opportun, des occasions sont ratées 102
Accessibilité/inaccessibilité des ressources existantes 103

Idéologies en transition : le fonctionnement et les effets de la mise en oeuvre d'un modèle de réduction des méfaits **104**

Conclusion : Répercussions des ressources de traitement sur la protection de l'enfance **106**

Partie II : Incidences des politiques : les femmes autochtones se prononcent **106**

Introduction **106**

Pourquoi les femmes consomment-elles des substances intoxicantes pendant la grossesse? **107**
La toxicomanie en tant que comportement acquis 108
Répercussions des écoles résidentielles, de la prise en charge des enfants : la perte de la culture et dévalorisation 109
Répercussions des agressions physiques et sexuelles pendant l'enfance 110
Manque de connaissances au sujet des effets nocifs de l'utilisation de substances intoxiquantes pendant la grossesse 110
La toxicomanie et les grossesses non désirées 111
Le pouvoir de la toxicomanie 111
Les obstacles au traitement et au rétablissement des femmes autochtones 112

Le point de vue autochtone sur le traitement ou la détention obligatoire des femmes enceintes toxicomanes **115**
Distinction entre le traitement obligatoire et la détention obligatoire 115
Perspectives multiples – opinions partagées 116
En faveur de la détention obligatoire 116
La détention obligatoire dans un contexte autochtone 118
En opposition : le traitement ou la détention obligatoire comme moyen d'opprimer davantage les Autochtones 118
Les effets potentiellement nocifs pour le foetus du traitement ou de la détention obligatoire 120

Extraits clés d'un groupe de discussion sur le traitement ou la détention obligatoire **121**

CHAPITRE 5 : ÉTUDE DE CAS : LES EFFORTS D'UNE NATION AUTOCHTONE POUR CONTRER LA CONSOMMATION D'INTOXICANTS PENDANT LA GROSSESSE **125**

Partie I **125**

Contexte **125**
Objet de l'étude de cas et questions de recherche 125
Les chercheuses 125
Pourquoi une étude de cas 126
La méthode de recherche 129

Partie II **131**

L'étude de cas **131**
Les participantes et les participants 132
Le contexte général des politiques gouvernementales 133
Une communauté en transition 135
L'autonomie gouvernementale 137
Un centre de guérison communautaire 137
Les systèmes de santé 138
Le bien-être de l'enfant 139
Les approches culturelles aux problèmes communautaires 140

Les femmes de la communauté réagissent à la toxicomanie durant la grossesse **142**

Les messages de la communauté au sujet des femmes et de la toxicomanie durant la grossesse **145**

Questions préoccupantes **147**

Contribution des femmes et des jeunes à l'ensemble des politiques et des décisions qui touchent leur vie quotidienne **148**
Renouveler la culture et réformer les structures 148
Discuter des questions et gérer les conflits 149
Le leadership en période de changement 151
Édifier les ressources 153

Les prochaines étapes **153**
Un centre de développement culturel 154
Une place pour les femmes 154
Un rassemblement traditionnel : un groupe de réflexion Gitxsan 155

Conclusion **155**

CHAPITRE 6 : RÉPONSES À LA TOXICOMANIE DURANT LA GROSSESSE : SOLUTIONS DE RECHANGE ET RECOMMANDATIONS **157**

Introduction **157**

Partie I **157**

Orientations proposées par les femmes qui consomment des substances intoxicantes, les praticiennes et les praticiens des services sociaux et les femmes autochtones **157**
Nouvelles idées et attitudes 157
Du principe de l'abstinence à une philosophie de réduction des méfaits 158

Le ministère de la Protection de l'enfance – un allié plutôt qu'un adversaire 158
Ne plus considérer la prise en charge de l'enfant comme un échec de la famille mais comme un échec du système et de la société 158
Sensibilisation et éducation communautaires 159

Traitements efficaces – ce qui fonctionne du point de vue des femmes 159
Programmes de traitement axés tout particulièrement sur la femme enceinte 161
Programmes et établissements de suivi 161
Soins holistiques 161
Services d'approche 162
Établissements résidentiels offrant un milieu de vie familial 162
Soutien des pairs, counseling et thérapie collective 163
Attitude de la part des praticiennes et des praticiens qui ne soit pas fondée sur des jugements et soutien inconditionnel 163
Plans de traitement individualisés, établis en collaboration avec les femmes 164

La guérison par le renouvellement culturel – ce qui fonctionne du point de vue des femmes autochtones 165
Appuyer les femmes autochtones pour qu'elles assument un rôle de chef de file dans la communauté 167

Autres façons d'élaborer les politiques 167
Le projet Sheway – Downtown East Side, Vancouver 167
Breaking the Cycle (Rompre le cycle) – Toronto 168
FAS Community Collaborative Network (Réseau de collaboration communautaire SAF) — Prince George 170

Partie II 170

Orientations dans la foulée de la décision de la Cour suprême 170
Jugement majoritaire de la Cour suprême 170
Réaction des auteures 171
Jugement minoritaire de la Cour suprême 171
Réaction des auteures 171

Recommandations 173

BIBLIOGRAPHIE 177

INTOXICANTS ET GROSSESSE : LA PLACE DES FEMMES ENCEINTES OU EN ÂGE DE CONCEVOIR DANS LES POLITIQUES ET LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DE CELLES-CI

Résumé

par Deborah Rutman, Marilyn Callahan, Audrey Lundquist,
Suzanne Jackson et Barbara Field

Le présent rapport étudie le traitement réservé par les politiques canadiennes à la question de la consommation d'intoxicants durant la grossesse et propose des solutions de rechange qui auront un effet moins polarisateur et punitif sur les femmes. L'analyse de l'affaire de M^me^ G. devant la Cour suprême du Canada (31 octobre 1997) est une composante importante du projet. Un juge a ordonné à une jeune femme autochtone à faible revenu, qui inhalait des solvants, de suivre un traitement pour toxicomanie. Les jugements majoritaire et minoritaire, ainsi que la couverture médiatique de l'affaire ont été étudiés au moyen d'une analyse du discours. Un autre volet majeur du projet portait sur la consommation d'intoxicants, sur les femmes enceintes et les praticiennes et praticiens qui travaillent très étroitement avec elles, et sur leurs vues au sujet d'approches permettant de changer les choses. Enfin, le dernier point d'intérêt prenait la forme d'une étude de cas approfondie, menée dans une communauté autochtone, pour déterminer les méthodes qui pourraient connaître du succès dans cette communauté. Le projet avait aussi pour but de relever le défi d'intégrer la diversité à la recherche et à l'élaboration et l'analyse de politiques et a permis de définir un certain nombre d'orientations importantes pour les politiques et les pratiques. Le rapport présente, en conclusion, une série de recommandations fondées sur l'expérience des gens directement touchés par ces questions qui, d'après les auteures, assurent la pertinence et le succès éventuel des orientations proposées.

INTOXICANTS ET GROSSESSE : LA PLACE DES FEMMES ENCEINTES OU EN ÂGE DE CONCEVOIR DANS LES POLITIQUES ET LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DE CELLES-CI

Sommaire

Buts de l'étude

Le présent rapport étudie le traitement réservé par les politiques canadiennes à la question de la consommation d'intoxicants durant la grossesse et propose des solutions de rechange qui auront un effet moins polarisateur et punitif sur les femmes. L'analyse de l'affaire de M^me^ G. devant la Cour suprême du Canada est une composante importante de l'étude. Un juge a ordonné à une jeune femme autochtone à faible revenu, qui inhalait des solvants et des vapeurs de colle pendant sa grossesse, de suivre un traitement pour toxicomanie. L'étude avait aussi pour but de relever le défi d'intégrer la diversité à la recherche, et à l'élaboration et l'analyse de politiques.

Questions et méthodes de recherche

Voici les questions qui ont orienté la recherche :

- Quelles initiatives précises en matière de politiques, actuellement en vigueur, ont été utilisées pour contrer le problème de la toxicomanie chez la femme enceinte?
- De quelle façon la consommation d'intoxicants par les femmes enceintes en est-elle venue à être une question de politique, comme en font foi la jurisprudence canadienne, les ouvrages sur les politiques et les pratiques, ainsi que les reportages dans les médias?
- Comment les effets des politiques actuelles sont-ils perçus par les femmes autochtones, les femmes toxicomanes et les professionnelles et professionnels des services sociaux?
- Quelles politiques de rechange (actuelles ou éventuelles) ne reproduisent pas les dichotomies familières du discours politique actuel?

Ces questions ont été abordées au moyen d'une gamme de méthodes de recherche qualitatives, dont un examen et une analyse des ouvrages et des politiques, une analyse de la décision de la Cour suprême et des reportages dans les médias sur la question, des entrevues individuelles et des groupes de discussion auxquels ont participé des travailleuses et des travailleurs des services sociaux et des femmes toxicomanes (autochtones et non autochtones), ainsi que par une étude de cas qui s'appuie sur l'observation-participation, des entrevues et des groupes de discussion.

Une méthode de recherche concertée a été utilisée. L'équipe de l'étude pluridisciplinaire était très diversifiée et comptait des membres des collectivités autochtones et non autochtones, des milieux universitaires et non universitaires, dont les âges, les revenus et les expériences étaient variés. Néanmoins, toutes les membres de l'équipe sont des mères et partagent un intérêt commun, bien que pour diverses raisons, dans les questions relatives à la toxicomanie chez les femmes enceintes.

Principales constatations

Les femmes toxicomanes, les praticiennes et les praticiens des services sociaux et les femmes autochtones ont défini d'importantes orientations pour les politiques et les pratiques que les auteures appuient sans réserve et présentent ci-après. Les diverses options de politiques mises au jour par l'analyse de la décision de la Cour suprême et des reportages dans les médias sont examinées et analysées. Enfin, les auteures soumettent une série de recommandations à l'intention du gouvernement fédéral et de Condition féminine Canada. Les auteures soutiennent que ces recommandations stratégiques sont fondées sur les expériences des gens directement touchés par la question, ce qui assure la pertinence et le succès éventuel des recommandations.

Changement de paradigme

Les participantes et les participants ont parlé de trois grands virages idéologiques qui sont essentiels à l'élaboration de politiques et de programmes efficaces. Il faut délaisser :

- un modèle moralisateur ou médical en faveur d'un principe de promotion de la santé et de réduction des méfaits;
- un mandat visant à assurer le bien-être de l'enfant, qui est centré sur la protection, en faveur d'un mandat qui met l'accent sur l'aide à la famille;
- la perception selon laquelle l'appréhension de l'enfant correspond à un échec pour la mère et considérer qu'il s'agit plutôt de l'incapacité du système et de la collectivité de répondre aux besoins.

De plus, la sensibilisation et l'éducation de la collectivité étaient considérées comme d'importantes stratégies de prévention. Il faut renseigner les enfants et les jeunes sur les effets de la toxicomanie maternelle, sur le syndrome de l'alcoolisme foetal et sur l'effet de l'alcool sur le foetus, ainsi que sur la santé reproductive et le contrôle des naissances. Les participantes et les participants ont aussi insisté sur l'importance de parler ouvertement des *causes* de la toxicomanie (maternelle), en particulier dans le contexte autochtone.

Traitements efficaces – ce qui fonctionne du point de vue des femmes

Un traitement efficace élimine les obstacles à l'accès aux soins pour les femmes. Ces obstacles sont, comme l'ont indiqué les femmes elles-mêmes :

- la crainte de l'appréhension du bébé par les responsables de la protection de l'enfance;
- les contradictions entre l'abstinence et les méthodes de réduction des méfaits;
- les contradictions entre la dépendance et les idéologies sur la protection de l'enfant;
- le manque de cohésion entre les options actuelles en matière de traitement et les besoins de la femme enceinte;
- le manque de disponibilité du traitement lorsque la femme le demande ou en a besoin;
- des règles rigides et des soins inaccessibles;

- l'attitude peu encourageante des praticiennes et des praticiens;
- le manque de formation des praticiennes et des praticiens qui pourraient faciliter l'accès aux soins;
- le manque de ressources pour permettre aux femmes de se faire traiter.

Ces obstacles sont largement attribuables à l'absence de liens entre les politiques et les incompatibilités des idéologies qui sous-tendent les politiques. Ainsi, pour surmonter avec succès les obstacles, l'*intégration* des politiques est nécessaire. De plus, le processus d'intégration devrait reposer sur une évaluation exhaustive de l'incidence des politiques actuelles sur les femmes.

En outre, les participantes et les participants ont recensé un certain nombre d'aspects clés nécessaires pour assurer des méthodes de traitement efficaces. Il s'agit :

- de programmes de traitement axés tout particulièrement sur la femme enceinte;
- de programmes et d'établissements de suivi;
- de soins holistiques;
- de services d'approche;
- d'établissements résidentiels offrant un milieu de vie familial;
- du soutien des pairs, de counseling et de thérapie collective;
- d'une attitude de la part des praticiennes et des praticiens qui ne soit pas fondée sur des jugements et d'un soutien inconditionnel;
- de plans de traitement individualisés, établis en collaboration avec les femmes.

La guérison par un renouvellement culturel

Les femmes autochtones ont parlé de l'énorme importance de l'établissement ou du rétablissement des liens culturels pour faciliter et appuyer la guérison. La remise en contact avec la culture traditionnelle insuffle et rétablit le respect de soi, la fierté et l'identité qui ont été pratiquement anéantis. En plus d'être essentiel à la guérison, le rétablissement des liens culturels peut s'avérer un moyen de *prévenir* la toxicomanie chez les Autochtones, surtout chez les jeunes.

Réaction au traitement ou à la détention obligatoire

Les conclusions de l'étude indiquent que le traitement ou la détention obligatoire ou d'autres mesures punitives ou coercitives ne sont pas des orientations stratégiques qu'il convient d'adopter au Canada, et ce, pour plusieurs raisons :

- Les preuves démontrent clairement qu'il est inutile de blâmer les femmes pour leur problème de toxicomanie et de dépendance et de les humilier. En fait, la réprobation et la stigmatisation sociales favorisent une régression plus rapide et retardent la guérison et le rétablissement.

- La conception et l'application de mécanismes de traitement ou de détention obligatoire consommeraient de précieuses ressources publiques qui devraient plutôt servir à des initiatives communautaires de prévention.
- Le traitement et la détention obligatoires reproduisent et renforcent l'oppression, qui contribue, au départ, à la toxicomanie des femmes.
- On ne peut élaborer de bonnes politiques sans connaissances suffisantes, ce qui est présentement le cas des connaissances au sujet des expériences de vie de « ces femmes » qui consomment des intoxicants durant la grossesse. En outre, les connaissances scientifiques sont encore incomplètes relativement à la probabilité, à la nature et au caractère irrémédiable des torts causés au foetus par la toxicomanie de la mère.
- Le traitement et la détention obligatoires prennent à partie la femme et l'isolent sans reconnaître la responsabilité collective et sociale qui est de favoriser et d'assurer le développement normal du foetus.

Recommandations

1. Les auteures recommandent le maintien et l'expansion d'initiatives communautaires financées par le gouvernement fédéral, comme le plan d'action communautaire pour les enfants, de façon à assurer la continuité des projets locaux et à augmenter le nombre de projets et de programmes communautaires qui répondent aux besoins locaux.
2. Les auteures recommandent l'affectation de crédits fédéraux à l'établissement d'une infrastructure de soutien pour des tables rondes locales ou provinciales sur les politiques. Ces tables rondes permettraient de sensibiliser le public aux multiples et complexes questions qui sont liées à la toxicomanie durant la grossesse et tenteraient de définir un ensemble de principes communs qui sous-tendraient l'établissement d'une politique globale. Les principales caractéristiques de ces tables rondes sur les politiques seraient les suivantes : axées sur la collaboration, inclusives, orientées localement, permanentes et holistiques.

   Comme première tâche, les auteures préconisent que ces tables rondes sur les politiques procèdent à une vérification des ressources actuelles pour les femmes enceintes et mères qui consomment des intoxicants. Cette vérification permettra de déterminer les obstacles et les éléments favorisant un traitement efficace et, par conséquent, d'élaborer de bonnes politiques et de bonnes approches.
3. Les auteures recommandent que le gouvernement fédéral affecte des ressources au renforcement de la capacité des publics cibles qui ont toujours été marginalisés — en particulier les communautés autochtones — pour leur assurer une voix plus forte aux tables rondes sur les politiques. De plus, elles recommandent que des fonds fédéraux soient affectés à des collectivités de la base, afin de mettre en place l'infrastructure nécessaire pour appliquer les orientations des tables rondes.
4. Les auteures recommandent que le gouvernement affecte des fonds à de la recherche-action participative dans les communautés autochtones et que cette recherche soit surveillée et entreprise par des Autochtones. Il faut que les Autochtones aient davantage d'occasions de

trouver des solutions qui répondent aux besoins des communautés et qui sont contrôlées par celles-ci. De plus, les auteures recommandent que le financement par Condition féminine Canada d'une recherche-action participative dans les collectivités autochtones soit une priorité de son programme de recherche.

5. Les participantes et les participants ont discuté franchement des obstacles actuels au traitement et à la guérison et ont relevé de nombreuses dimensions critiques à des soins et à un appui efficaces. Les idées des participantes et des participants forment un ensemble de recommandations relativement aux politiques et pratiques auxquelles les auteures souscrivent entièrement. De plus, les auteures soulignent trois recommandations interdépendantes issues des messages des participantes et des participants :
   - que le gouvernement fasse en sorte que des ressources suffisantes soient affectées à des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie *centrés sur la femme*;
   - que, grâce au processus des tables rondes permanentes sur les politiques, l'absence de liens et les incompatibilités entre les politiques et les approches actuelles soient relevées et réglées;
   - que les philosophies de promotion de la santé et de réduction des méfaits servent de point de départ aux discussions sur les politiques et aux solutions proposées relativement aux femmes enceintes qui consomment des intoxicants.
6. Enfin, les auteures recommandent vivement au gouvernement d'imposer un moratoire sur l'adoption par voie législative de politiques qui permettent un traitement ou une détention obligatoire pour les femmes enceintes qui consomment des intoxicants. Ce moratoire doit être maintenu jusqu'à ce que toutes les autres options, en particulier celles qui sont recommandées dans le présent document, aient été appliquées et évaluées.

PRÉFACE

Buts et justification

Le présent rapport étudie le traitement réservé par les politiques canadiennes à la question de la consommation d'intoxicants[1] durant la grossesse et propose des solutions de rechange qui auront un effet moins polarisateur et punitif sur les femmes. Ce but est loin d'être simple. Il y a bien des opinions contradictoires au sujet des orientations politiques acceptables et les points de vue sont bien ancrés et difficiles à changer. Et pourtant, de nombreuses autres voix ne se sont pas fait entendre dans ce débat, particulièrement celles des femmes toxicomanes enceintes et celles des personnes qui travaillent très étroitement avec elles. Le présent rapport étudie toute une gamme de points de vue et propose des façons de tenir compte de nombre d'entre eux dans le cadre d'orientations politiques particulières.

Le projet fait suite à l'affaire de M^me^ G. et de l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (région du Nord-Ouest). En août 1996, un juge de la Cour du Banc de la Reine du Manitoba a ordonné que M^me^ G. soit détenue dans un établissement de soins de santé en raison d'inquiétudes au sujet de sa compétence mentale. M^me^ G. était enceinte et inhalait des solvants, une pratique considérée néfaste pour le foetus. La décision a rapidement été cassée en appel. L'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg a par la suite interjeté appel auprès de la Cour suprême du Canada. Après avoir reçu plusieurs mémoires sur la question de la part d'un grand nombre de groupes d'intérêts et après avoir tenu compte des aspects juridiques de l'affaire, la Cour suprême a maintenu la décision de la cour d'appel et publié un long jugement le 31 octobre 1997, avec un rapport majoritaire et un rapport minoritaire.

D'une part, la décision de la Cour suprême pourrait être considérée comme une victoire pour les personnes qui s'opposent à la violation des droits des femmes. Mais, les circonstances malheureuses de la femme enceinte qui a une dépendance aux solvants n'ont pas été abordées dans la décision. La décision n'a pas non plus atténué le désespoir des travailleuses sociales et du juge de la cour provinciale qui s'est senti contraint d'intervenir de cette manière peu habituelle.

Les auteures, en tant que chercheuses, craignaient que cette affaire ne marque un tournant au Canada au sujet de la question de la toxicomanie et de la grossesse. Cette question a reçu une attention nationale dans les médias et opposait, dans la plupart des cas, les droits de la femme et le bien-être du foetus. On y dépeignait un portrait peu sympathique de la femme, en indiquant qu'il s'agissait de la seule voie à suivre dans pareil cas et que les personnes qui représentaient le foetus avaient moralement raison même si elles avaient été déboutées par la Cour. Plutôt que de lancer la discussion sur le problème et sur d'autres possibilités d'action, les reportages encourageaient les Canadiennes et les Canadiens à choisir un camp ou l'autre. Tous les éléments étaient donc en place pour la

---

[1] Tout au long du rapport, les auteures ont choisi de ne pas porter de jugement de valeur sur la consommation de drogues par les femmes enceintes. Ce choix témoigne d'un préjugé en faveur d'une démarche de réduction des méfaits par rapport à ce problème. Les auteures estiment que les termes *abus* et *consommation excessive* semblent porter un jugement sur ces femmes et promouvoir une façon de penser qui établit une distinction entre leur problème et la situation dans laquelle elles vivent.

présentation et le jugement d'un autre cas, d'autant plus que plusieurs États américains avaient adopté différentes lois visant à incarcérer les femmes enceintes toxicomanes. Le débat public au sujet de cette cause n'a pas mis en évidence d'importantes réalités. M^me^ G. était une femme issue des Premières nations qui, dans son enfance, avait été confiée aux soins du gouvernement, et qui avait connu une pauvreté extrême pendant presque toute sa vie adulte. Les auteures craignaient qu'un débat public qui se ferait sans tenir compte de ces facteurs ne produise des politiques encore plus préjudiciables pour les femmes à faible revenu des Premières nations, en affectant les maigres ressources à des programmes visant à déceler leur toxicomanie et à les punir. Le secteur connexe de l'aide à l'enfance a toujours été victime de ce déséquilibre. Bien qu'il cherche à prévenir la violence et la négligence à l'endroit des enfants et à aider les familles, la plupart des dépenses des programmes d'aide à l'enfance ont pour but de déterminer si les parents ont négligé leurs enfants, à intenter des poursuites contre certains de ces parents et à offrir des solutions de rechange pour les soins aux enfants. L'élaboration de politiques d'incarcération pour les femmes enceintes créerait inévitablement le même genre de système.

Par conséquent, les chercheuses, ont entrepris le projet bien déterminées à écouter les personnes qui n'ont pas été entendues au cours des récents débats et à trouver des idées pour élaborer des politiques qui font abstraction du débat stérile sur les droits de la mère ou sur ceux du foetus.

Méthodes de recherche

Voici les questions qui ont orienté la recherche :

- Quelles initiatives précises en matière de politiques, actuellement en vigueur, ont été utilisées pour contrer le problème de la toxicomanie chez la femme enceinte?
- De quelle façon la consommation d'intoxicants par les femmes enceintes en est-elle venue à être une question de politique, comme en font foi la jurisprudence canadienne, les ouvrages sur les politiques et les pratiques ainsi que les reportages?
- Comment les effets des politiques actuelles sont-ils perçus par les femmes autochtones, les femmes toxicomanes et les professionnelles et professionnels des services sociaux?
- Quelles politiques de rechange (actuelles ou éventuelles) ne reproduisent pas les dichotomies familières du discours politique actuel?

Ces questions ont été abordées au moyen d'une gamme de méthodes de recherche qualitatives, dont un examen et une analyse des ouvrages et des politiques, une analyse de la décision majoritaire et minoritaire de la Cour suprême et des reportages sur la question, des entrevues individuelles avec des travailleuses et des travailleurs des services sociaux et des femmes toxicomanes (autochtones et non autochtones), des groupes de discussion auxquels ont participé ces personnes, ainsi que par une étude de cas qui s'appuie sur l'observation-participation, des entrevues et des groupes de discussion dans une collectivité du Nord et par une analyse thématique des données recueillies.

Cette recherche a été effectuée de décembre 1997 à février 1999 par un groupe de cinq chercheuses travaillant à temps partiel. Il s'agit d'un groupe diversifié, formé de membres des collectivités autochtones et non autochtones, et des milieux universitaire et non universitaire, dont les âges, les

revenus et les expériences étaient variés. Néanmoins, toutes les membres de l'équipe sont des mères qui partagent un intérêt commun, bien que pour diverses raisons, dans les questions relatives à la toxicomanie chez les femmes enceintes.

Aperçu du rapport

Ce rapport a été préparé par deux équipes : l'une se composait de chercheuses des Premières nations et l'autre de femmes non autochtones. La méthode à utiliser pour produire un rapport qui reflète fidèlement les problèmes indissociables auxquels est confrontée la femme qui consomme des intoxicants pendant sa grossesse et la question distincte des expériences vécues par les femmes autochtones a fait l'objet de discussions. Les auteures reconnaissent que les femmes autochtones doivent affronter des défis particuliers, qui résultent en grande partie de l'enchevêtrement de longue date de politiques conflictuelles et préjudiciables des différents ordres de gouvernement. De plus, les femmes autochtones ont été en grande partie laissées pour compte dans les débats qui ont eu lieu jusqu'à maintenant au sujet des politiques, et les auteures estiment qu'il est important d'accorder une grande place à leurs opinions. Elles ont, en fin de compte, décidé de préparer un rapport qui consacre plusieurs sections aux perspectives autochtones.

Le rapport compte six chapitres, ainsi qu'une section de références et une bibliographie :

Chapitre 1 : Pensées tirées des ouvrages publiés et des documents d'orientation. Ce recensement des ouvrages et des politiques fournit des données de base sur les femmes enceintes toxicomanes et sur les politiques canadiennes actuelles, dont les politiques qui s'adressent aux Autochtones.

Chapitre 2 : Analyse de la décision de la Cour suprême dans l'affaire de l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg contre M^{me} G. Il s'agit d'une analyse des décisions majoritaire et minoritaire de la Cour suprême. L'un des buts du rapport est d'analyser plus à fond la teneur de la décision de la Cour, les divergences d'opinions entre le rapport majoritaire et le rapport minoritaire, les questions au sujet desquelles il y a convergence de vues et les questions qui n'ont pas été abordées dans la décision. Les auteures espéraient tirer de cette analyse les opinions de la Cour relativement aux options en matière de politiques qui seraient proposées.

Chapitre 3 : Méconnaissance de la situation de M^{me} G. : une analyse critique des reportages de la presse écrite du Canada au sujet du cas de M^{me} G. Ce chapitre présente une analyse des reportages et de la décision de la Cour suprême. On y analyse les reportages de la presse nationale et des journaux locaux dans le but de déterminer dans quelle mesure les débats correspondent à la décision de la Cour suprême, les nouvelles questions et voix qui ont alimenté les débats, les parties qui ont été laissées pour compte, et les réflexions qui ont contribué ou nuit aux nouvelles idées en matière de politiques.

Chapitre 4 : Incidences des politiques. La première partie de ce chapitre présente une étude des femmes qui consomment des intoxicants pendant leur grossesse et des personnes qui travaillent en étroite collaboration avec elles. Comme il a été mentionné précédemment, ces personnes possèdent une expertise particulière de la question, mais leurs voix sont rarement entendues dans les débats sur les politiques. Ce chapitre présente leurs vues sur la nature du problème, détermine les politiques qui sont nuisibles et utiles et propose des idées pour l'avenir. Les opinions des femmes autochtones sont présentées dans la seconde partie du chapitre. Bien qu'il y ait souvent convergence entre les opinions des femmes des Premières nations et des femmes non autochtones, les vues des femmes des Premières nations témoignent d'une expérience unique et distincte, qui est trop souvent perdue dans le courant dominant des reportages sur l'expérience des femmes. C'est pourquoi les auteures ont choisi de présenter les opinions de ces femmes sous cette forme.

Chapitre 5 : Étude de cas : les efforts d'une nation autochtone pour contrer la consommation d'intoxicants pendant la grossesse. Cette étude de cas présente une communauté autochtone et ses vues sur la toxicomanie, la grossesse, la formulation des politiques gouvernementales et les défis communautaires. Ce rapport établit un lien entre les problèmes de toxicomanie et de grossesse et les tentatives du gouvernement, à travers l'histoire, pour coloniser les Premières nations, y compris les efforts actuels qui gênent les Premières nations dans leur quête de ressourcement et d'autonomie gouvernementale. On y examine les opinions d'une communauté donnée au Canada, une nation du Nord de la Colombie-Britannique, et les luttes menées par les membres de la communauté pour prendre cette question en main. Ces expériences montrent la voie vers une réforme en profondeur.

Chapitre 6 : Réponses à la toxicomanie durant la grossesse : solutions de rechange et recommandations. Ce chapitre présente des orientations à adopter pour les politiques et les pratiques d'après les opinions exprimées par les femmes toxicomanes, les professionnelles et professionnels des services sociaux qui travaillent auprès d'elles, les femmes autochtones et les membres de la collectivité. Les auteures examinent ensuite les politiques de rechange relevées à la suite de l'analyse de la décision de la Cour suprême et des reportages et y répliquent. En conclusion, des recommandations sont formulées à l'intention du gouvernement fédéral et de Condition féminine Canada.

Bibliographie : La bibliographie comprend des références sur la toxicomanie chez les femmes, sur la grossesse et la toxicomanie et sur l'élaboration des politiques.

CHAPITRE 1 : PENSÉES TIRÉES DES OUVRAGES PUBLIÉS ET DES DOCUMENTS D'ORIENTATION

par Barbara Field

Introduction

Comme les auteures l'ont signalé dans la préface du rapport, l'étude fait suite à la cause de M^{me} G. devant la Cour suprême, cette jeune mère autochtone qui inhalait des solvants pendant sa grossesse et que les travailleuses et travailleurs de l'aide à l'enfance de la communauté se sentaient incapables d'aider. Estimant avoir épuisé tous les moyens de persuasion à sa disposition, l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg, a fait appel aux tribunaux pour faire traiter M^{me} G. contre sa volonté. Il s'en est suivi une série d'audiences devant les tribunaux et d'appels, dans le cadre du système accusatoire du droit jurisprudentiel canadien. L'analyse de ces procédures et des reportages auxquels elles ont donné lieu est présentée plus loin dans ce rapport. Il est cependant important de noter, pour les besoins de la question, que les juges de la Cour suprême ont reconfirmé leurs décisions antérieures — le foetus n'est pas une personne et n'a pas de droits aux termes de la loi. Ils ont renvoyé aux législatrices et législateurs la tâche de déterminer comment aborder ce grave problème de société, quelle que soit la façon dont on le caractérise.

Dans ce chapitre,

- les ouvrages publiés sur la toxicomanie, sur les femmes et sur la grossesse seront passés en revue, une attention particulière étant accordée aux fondements idéologiques qui sont ressortis des analyses de la décision de la Cour suprême et des reportages sur l'affaire de M^{me} G.;
- les politiques sociales, qui ciblent directement les femmes consommant des intoxicants pendant leur grossesse ou qui ont une influence indirecte sur les attitudes face à ces femmes, seront examinées.

Pensées tirées des ouvrages publiés

Les ouvrages consacrés aux femmes ayant des problèmes de toxicomanie et, plus particulièrement, aux femmes enceintes et à la toxicomanie, ont été étudiés pour :

- comprendre comment la question a été présentée;
- préciser comment les différentes idéologies ont été mises au jour par des analyses de la décision de la Cour suprême et les reportages;
- déterminer comment les différents aspects des questions de politique ont été décrits.

En dépit des efforts déployés, il a été extrêmement difficile de trouver des ouvrages qui portaient spécifiquement sur les combats livrés par les femmes autochtones enceintes aux prises avec la toxicomanie. Dans l'étude des ouvrages portant sur la grossesse et la toxicomanie, il est devenu vite apparent que les documents écrits du point de vue de femmes qui ont vécu cette expérience ne sont pas faciles à trouver. Il y a plutôt un grand nombre d'ouvrages rédigés par et pour des

professionnelles et des professionnels, qui portent principalement sur les façons de repérer et de traiter ces femmes.

La toxicomanie et les femmes

Des questions ont été soulevées sur la possibilité d'appliquer les grandes théories sur la toxicomanie aux femmes et aux minorités. Les féministes qui étudient les ouvrages soutiennent qu'avant les années 1970 peu de documents sur la toxicomanie abordaient les problèmes particuliers des femmes qui consommaient des intoxicants et les traitements dont elles avaient besoin :

> Avant les années 1970, la recherche sur les problèmes de toxicomanie des femmes était pratiquement inexistante, tout comme les programmes de traitement qui s'adressaient aux femmes. Depuis, tant la qualité que la somme des recherches sur les femmes ont connu une croissance soutenue, tout comme les programmes spécialisés destinés aux femmes. Cependant, le nombre de programmes de prévention et de traitement pour les femmes demeure insuffisant, tout comme l'information dans plusieurs domaines. (Poole, 1997, p. 2) [*Traduction*]

D'après Abbott (1994), comme le régime des soins de santé et l'ensemble de la société ont été définis par des hommes, il ne faut pas s'étonner que la toxicomanie ait été définie du point de vue des hommes. Elle attribue l'intérêt croissant accordé aux femmes en tant que catégorie distincte de toxicomanes au mouvement féministe, aux chercheuses et aux chercheurs et aux prestataires de services, qui ont constaté les lacunes du régime, ou à la préoccupation de « certains hommes » au sujet des limites que les substances intoxicantes (drogue et alcool) peuvent imposer au rôle de la femme dans la reproduction humaine et dans le rôle parental. (*ibid.*, p. 70).

Dans un examen des travaux de recherche sur les femmes et l'alcoolisme, qui porte sur cinq décennies, Clemmons (1985) a constaté que les ouvrages reflétaient la pensée sociale de la période où la recherche avait été faite. Alors que les études des premières décennies portaient surtout sur la psychopathologie individuelle des femmes (insinuant que dans les années 1930, les femmes dont l'alcoolisme était diagnostiqué étaient plus déviantes que les hommes), les études des années 1950 sur le caractère généralisé et l'incidence de l'alcoolisme ont commencé à refléter un virage vers un modèle plus social. Le traitement des femmes a commencé à être un sujet d'intérêt dans les années 1960. Clemmons a relevé deux thèmes prédominants dans les ouvrages des années 1970 — la promiscuité sexuelle et le syndrome d'alcoolisme foetal (SAF). « Chacun de ces sujets a mené à une censure morale de la femme alcoolique plutôt qu'à l'examen d'un problème social. » (Clemmons, 1985, p. 78) [*Traduction*]

Suzanne Ostermann (1995) soutient que tous les traitements de base sont ancrés dans deux mouvements distincts : la fondation des Alcooliques Anonymes (AA) en 1935 et la création de la fondation Synanon en 1958 (p. 5). Elle prétend que le programme en 12 étapes des AA est le précurseur des programmes contemporains de soutien des pairs, d'autothérapie et de centres de réadaptation pour toxicomanes. La structure et l'orientation psychanalytique de Synanon sont à l'origine du programme de traitement en établissement et des communautés thérapeutiques qui sont des composantes des options actuelles de rétablissement. Elle ajoute toutefois que, pour bien des

féministes, le mouvement de rétablissement représenté par ces programmes novateurs et leurs successeurs donne une teinte pathologique aux efforts de socialisation des femmes dans notre culture (Ostermann, 1995, p. 5).

Les porte-parole des femmes ont soutenu que leurs besoins en matière de traitement de la toxicomanie étaient différents de ceux des hommes et qu'il faut comprendre les profils de consommation d'intoxicants en fonction d'un certain nombre d'enjeux contextuels clés. Il s'agit notamment de la dévalorisation, de la stigmatisation, de la forte incidence des sévices physiques ou sexuels pendant l'enfance, d'un soutien social insuffisant, des besoins en matière de services sociaux et de garde d'enfants, et des besoins de soutien parental, d'éducation sur l'art d'être parent, de counseling relationnel, de formation en vue d'acquérir des compétences et d'aide professionnelle et juridique (Kearney, 1997, p. 463). La consommation de la ou du partenaire, l'isolement social, le stress lié à certains événements de la vie, comme de la mortalité dans la famille, et le défi de vivre dans la pauvreté ont une incidence sur les profils d'utilisation d'intoxicants (Poole, 1997).

Non seulement les besoins distincts de traitement des femmes sont-ils laissés pour compte par les modèles établis en réponse aux problèmes de toxicomanie des hommes et en fonction de leur vision du problème, mais les approches conflictuelles qui y occupent une place prédominante sont contre-indiquées pour les femmes[1]. Ostermann (1995) est d'avis que la doctrine des AA, par exemple, n'est pas utile aux femmes qui n'ont pas beaucoup d'estime de soi. Les femmes qui ont passé presque toute leur vie au service des autres doivent acquérir suffisamment de confiance pour pouvoir dire « non ». Les constatations de Bill White (1998) depuis deux décennies dans le domaine de la toxicomanie confirment que les femmes réagissent à des approches différentes de celles des hommes. À son avis, les modèles fondés sur l'homme blanc responsable de sa destinée excluent bien des gens, en particulier ceux qui n'ont pas traditionnellement occupé des postes dominants et privilégiés dans la société. Il ne faut pas attendre que les femmes, longuement victimisées, atteignent le fond du baril, ce qui est l'un des concepts primaires de bien des méthodes de traitement traditionnelles :

> [...] la capacité de ces femmes d'endurer une douleur physique et psychologique est presque sans limite. Si nous attendons qu'elles atteignent le fond du baril, elles mourront. Il ne s'agit pas d'éliminer la douleur de leur vie. Leurs souffrances dépassent largement l'entendement pour la plupart d'entre nous. Le problème est plutôt l'absence d'espoir. Il faut donc revoir de façon radicale les façons de motiver les gens pour qu'ils prennent le chemin de la guérison. (White, 1998, p. 6) [*Traduction*]

White (1998) remet aussi en cause un autre des principes du traitement, en soutenant que les modèles récents et centrés sur la femme doivent accroître le sentiment de puissance de celle-ci plutôt qu'utiliser des stratégies traditionnelles, comme l'intervention de la famille. « Si vous laissez la

---

[1] Bien que cette question déborde la portée du présent rapport, il est important de reconnaître que ces principes s'appliquent de la même façon aux femmes des Premières nations et aux autres femmes marginalisées dont le contexte de vie diffère de celui de la majorité.

douleur s'intensifier en l'absence d'un fondement préexistant d'espoir, cette merveilleuse expérience de transformation ne se matérialise pas et vous contribuez à accroître le risque de comportement autodestructeur et de fuite. » (p. 6) [*Traduction*] Dans *The Hidden Majority* (1996), l'auteur soutient que les options centrées sur la femme regroupent un certain nombre de théories[2] sur la toxicomanie afin de proposer un traitement complet qui répond aux besoins divers et particuliers des femmes (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1996).

D'après Kearney (1997), contrairement aux méthodes antérieures qui avaient échoué, les approches centrées sur la femme ont donné de bons résultats car elles suppriment les obstacles aux traitements. Ces thérapies traitent la femme dans le contexte de sa vie quotidienne, ce qui signifie, par exemple, que le programme est conçu de façon à tenir compte d'éléments comme les garderies, les transports et la sécurité dans un milieu entièrement féminin. Certaines notions, comme la souplesse, le choix d'une gamme de traitements et d'options, l'intégration d'un modèle relationnel de traitement lorsque les relations des femmes avec les autres sont considérées comme des points forts plutôt que des problèmes et l'existence de stratégies claires qui habilitent les femmes au lieu de leur attribuer un état pathologique, caractérisent les écrits au sujet des programmes qui adoptent une vision centrée sur la femme.

> Les traitements efficaces insistent sur la réduction des méfaits — aider la femme à réduire son niveau de stress, à stabiliser ses conditions de vie, à bien s'alimenter durant la grossesse, à avoir accès à de bons soins de santé pour elle et à de bons soins prénataux, à réduire (si elle ne peut l'arrêter) sa consommation d'alcool et d'autres drogues, à réduire ou à arrêter sa consommation d'alcool ou d'autres intoxicants à n'importe quel moment de sa grossesse. (Poole, 1997) [*Traduction*]

Un rapport soumis au ministre de la Santé de la Colombie-Britannique préconisait que les soins centrés sur la femme et un continuum complémentaire de services servent de cadre pour contrer le problème de la toxicomanie chez les femmes. Suivant ce cadre :

- les différences entre les sexes sont reconnues et directement prises en compte;
- les femmes sont invitées à être des participantes actives et à bien connaître leur situation;
- un modèle de collaboration est utilisé pour le travail entrepris par les femmes et leurs prestataires de soins de santé;
- la diversité des besoins des femmes pendant leur vie et des populations est prise en compte;
- le milieu de la prestation des services est accessible et accueillant, sans égard au niveau d'alphabétisation ni aux besoins en matière de services de garde d'enfants, et il offre des heures variables;

---

[2] On mentionne plus particulièrement la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie bio-psychosociale et l'approche de réduction des méfaits en laissant entendre qu'elles permettent respectivement de comprendre ce que la femme pense d'elle-même et de la toxicomanie dans sa vie — un point de vue qui la considère dans le contexte de l'ensemble de la société et qui propose des méthodes pour l'aider à réduire les risques associés à la toxicomanie.

- des démarches holistiques et globales, qui intègrent différentes connaissances, disciplines et traditions, sont utilisées;
- l'éducation et la sensibilisation de la population, et le développement et l'organisation communautaires qui permettent la réalisation de changements positifs dans la santé des hommes et des femmes sont préconisés (Poole, 1997, p. 7).

Le but de plusieurs rapports est d'aider les prestataires de services et les décisionnaires à élaborer des méthodes préventives qui s'adressent aux femmes autochtones qui consomment des substances intoxicantes (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC), 1996; George, 1995). La description des soins efficaces fournie dans ces rapports correspond étroitement aux éléments de l'approche exposée plus haut. Cependant, on y insiste aussi sur l'importance de s'attaquer à la cause des problèmes dans une perspective communautaire et dynamique, plutôt qu'en les considérant comme des problèmes individuels. L'éducation précoce des jeunes femmes et, plus tard, des femmes et de leurs partenaires sur les effets possibles de la consommation d'intoxicants pendant la grossesse, et les stratégies visant à d'accroître le respect de soi chez la femme constituent des éléments clés d'une prévention à long terme. Il y est aussi question de l'importance du rétablissement des liens culturels (des femmes avec les valeurs et les croyances autochtones traditionnelles, par exemple en leur rappelant la place précieuse qu'elles occupent dans la culture traditionnelle autochtone), comme le fait de prendre soin de chaque membre de la communauté, caractéristique dominante des cultures autochtones traditionnelles (AIIAC, 1996). Le rétablissement des liens entre les femmes autochtones, leurs traditions et leur collectivité peut, en effet, offrir de nouvelles perspectives à la collectivité non autochtone, l'espoir dans l'avenir s'accompagnant souvent d'un sentiment d'appartenance et d'une impression que l'on s'occupe de nous.

L'importance de l'analyse du pouvoir est de plus en plus reconnue comme avantageuse par les praticiennes et les praticiens des programmes de traitement ainsi que par les femmes elles-mêmes. Les programmes qui ne reconnaissent pas que les programmes de traitement ou d'autres formes de thérapie favorisent souvent l'exercice du pouvoir dans les sociétés modernes, normalisent les individus et les adaptent aux exigences des institutions oppressives dominantes (Young, 1994, p. 48) peuvent, en fait, reproduire nombre des pratiques à l'origine des luttes pour la femme et chez les femmes, qui sont reflétées dans leur toxicomanie. Contrairement à Kearney (1997), Young (1994) préconise l'adoption d'un concept d'habilitation qui favorise le développement d'un sentiment d'influence collective sur les conditions sociales (p. 48), par opposition à un concept qui serait simplement axé sur une transformation personnelle.

Outre l'importance de comprendre le pouvoir pour comprendre les femmes chez qui la toxicomanie est problématique et pour intervenir afin de régler le problème, la réalisation de l'existence d'une partialité historique à l'égard des femmes a fait surface dans la documentation sur les femmes et leur toxicomanie. À cet égard, Clemmons (1985) soutient que la capacité de la femme de porter des enfants l'a toujours mise à part et que ce privilège s'est accompagné de l'imposition de critères différents (p. 74). Clemmons a constaté que la capacité de porter des enfants est à l'origine d'une attitude protectrice envers la femme et de l'idée de l'existence d'un lien étroit entre l'immoralité, la promiscuité sexuelle et l'alcoolisme de la femme :

> Comme c'est souvent le cas, les préoccupations relatives aux femmes sont centrées sur leurs actions plutôt que sur leur personnalité. On se préoccupe de l'effet qu'elles ont sur la société sur le plan moral ou maternel; ce n'est pas la femme en tant que personne qui est valorisée, mais plutôt le rôle qu'elle joue dans la société. (Clemmons, 1985, p. 78) [*Traduction*]

D'autres auteurs ont retracé l'origine de cette partialité en examinant l'accès aux programmes d'aide aux employées et employés (Miller, 1982), la réduction des fonds disponibles pour la recherche sur les femmes (Rhodes et Johnson, 1994), la stigmatisation plus grande des femmes toxicomanes, ce qui contribue aux difficultés éprouvées par les femmes pour avoir accès aux programmes de traitement, (Turnbull, 1989) et le sentiment que les femmes sont doublement fautives par rapport aux hommes ayant les mêmes problèmes (Kagle, 1987).

La consommation d'intoxicants pendant la grossesse

Depuis le milieu des années 1980, la consommation d'intoxicants pendant la grossesse est considérée comme un sérieux problème social, ce qui a eu pour effet d'intensifier les efforts pour identifier les mères qui ont ce genre de comportement (Gomez, 1997; Ostermann, 1995; Beckett, 1996). Dans une déclaration publique sur les femmes qui ont une dépendance chimique pendant la grossesse (American Society of Addiction Medicine, 1989), la consommation d'intoxicants pendant la grossesse est décrite comme ayant des effets nuisibles sur le développement du foetus. Par conséquent, ces femmes sont des candidates extrêmement importantes à une intervention et à un traitement (Tanner, 1996, p. 125). Toutes sortes de théories sur la nature de la dépendance ont orienté la mise en place de ressources et d'aide pour les femmes. De plus, ces options sont profondément ancrées dans les attitudes courantes de la société à l'égard des femmes, des drogues, de l'alcool, de la grossesse et de l'art d'être mère. Les professionnelles et professionnels ont prétendu que les femmes sont à la fois motivées à changer de comportement pour ne pas nuire à leur foetus et disposées à accepter leur aide durant la période qui précède ou qui suit immédiatement la naissance (Bruce et Williams, 1994; Tanner, 1995; Albersheim, 1994). Dans des enquêtes nationales, les femmes ont affirmé que la grossesse était une des principales raisons pour lesquelles elles cessaient de consommer des intoxicants (Poole, 1997). Le besoin de la femme de devenir mère et son désir de bien prendre soin de son bébé sont à l'origine de ce que les professionnelles et professionnels qualifient de période propice à l'intervention (Bruce et Williams, 1994; Finklestein, 1994).

Au cours des dix dernières années, le nombre de bébés nés avec des anomalies congénitales attribuables à l'usage d'intoxicants par la mère durant la grossesse a connu une hausse considérable (Schroedel et Peretz, 1994). Cependant, il est difficile de cerner avec exactitude l'étendue du problème. On ne fait pas uniformément le dépistage de l'alcoolisme et de la toxicomanie durant la grossesse et les femmes ont tendance à atténuer l'utilisation qu'elles font de ces substances pour plusieurs raisons, dont la honte, la crainte de perdre leur enfant, l'incompréhension des effets de la toxicomanie sur la santé du foetus, le refus de certaines femmes et de leurs proches de voir le problème, le manque de services de garde d'enfants et l'absence de traitements accessibles. On estime qu'entre 6 p. 100 et 20 p. 100 des femmes enceintes consomment de la drogue ou de l'alcool durant leur grossesse (Albersheim, 1992; Motherisk, 1996). Dans une étude qui se penchait sur la fréquence de la toxicomanie chez les femmes célibataires, chez les femmes enceintes et chez les

chômeurs autochtones, 41 des 54 centres d'amitié répondants ont signalé des problèmes de dépendance, principalement à l'alcool, chez les femmes enceintes[3]. (Scott, 1992).

Les méthodes de dépistage utilisées principalement dans les hôpitaux et les centres de santé ont fait l'objet de critiques en raison du préjugé inhérent à la classe et à la race dans leur conception et leur application (Noble, 1997). Les critiques contestent maintenant l'exactitude de la recherche initiale qui a suscité une « panique morale » (Gomez, 1997; McCormack, 1998; Beckett, 1995). On se demande aussi pourquoi certains intoxicants et certains aspects du mode de vie sont pris à partie alors que d'autres (comme la mauvaise alimentation due à la pauvreté), qu'on sait aussi nuisibles pour le foetus, ne le sont pas.

« Le syndrome d'alcoolisme foetal est la seule anomalie congénitale reliée à l'alcoolisme et à la toxicomanie pour laquelle on a établi des critères diagnostiques précis... car les effets de l'utilisation de solvants n'ont pas encore été documentés ». (Poole, 1997) [*Traduction*] L'hypothèse très répandue selon laquelle toutes les substances nuisent au développement du foetus commence à faire l'objet d'un réexamen critique car on craint que plusieurs décisions sérieuses en matière de politiques publiques soient prises sans données scientifiques à jour et exactes et que les politiques reposent sur des résultats de recherche qui comprennent de sérieuses anomalies (McCormack, 1998; Daniels, 1997; Beckett, 1995). Certains problèmes, comme la petite taille des échantillons, la surreprésentation des femmes minoritaires et les modèles des études qui n'isolent pas les variables avec effets potentiels contribuent aux difficultés rencontrées à la suite de la généralisation des résultats d'une bonne partie des recherches dans ce domaine (Gustavsson et MacEachron, 1997). Les prétendus préjudices exagérés attribuables à la faiblesse de la méthodologie ne sont pas les seuls problèmes notés. Une étude, qui a analysé la partialité des grandes revues médicales relativement à l'acceptation ou au rejet d'articles sur ce sujet, a démontré que les articles qui traitaient de l'effet négatif sur le foetus de l'usage de cocaïne avaient cinq fois plus de chances d'être publiés que les articles ne faisant état d'aucun effet nocif (Koren *et al.*, 1989). Daniels (1997) a aussi signalé que la publication d'études réfutant les exagérations n'était pas rapportée dans les médias nationaux.

L'usage d'intoxicants pendant la grossesse est de plus en plus assimilé à la violence à l'endroit de l'enfant et bien des mères ont perdu la garde de leur enfant après la naissance, une fois leur usage d'intoxicants confirmé. De puissants discours transforment les futures mères en « toxicomanes enceintes » qui sont considérées comme des malades et, au pire, comme des criminelles. On les qualifie de « mauvaises mères » qui n'adhèrent pas aux idéologies prédominantes de la maternité et qui, à ce titre, sont coincées entre les pratiques discursives qui cherchent à « traiter » ou à « punir ». Swift (1995) soutient que l'intervention sociale est rendue légitime par la création de catégories (de boucs émissaires), ce qui implique une certaine déviation par rapport aux normes acceptées socialement. Le rôle parental correspond à une forme de soins particuliers, dont les paramètres sont établis sans tenir compte de l'expérience de la mère, mais qui lui sont imposés (ainsi qu'à toutes les mères) en tant que norme à atteindre (Swift, 1995, p. 118). On a aussi établi des normes sociales relativement aux soins prénataux du foetus pendant toute la gestation.

---

[3] Cette étude a été entreprise par le projet de recherche urbaine de l'Association nationale des centres d'amitié : Alcoolisme et usage de solvants, 1985.

Plusieurs tendances ont coïncidé avec la montée de cette dichotomie, à commencer par la découverte dans les années 1970 du diagnostic du syndrome d'alcoolisme foetal (Clemmons, 1995). Ce diagnostic a été considéré dévastateur pour les enfants, mais également évitable si la toxicomanie de la femme pouvait être réduite ou contrôlée d'une façon quelconque. Il a aussi permis de considérer le foetus comme un être distinct de sa mère nécessitant une protection contre le comportement « immoral » ou « irresponsable » de celle-ci. On a alors posé un regard neuf sur la vulnérabilité du foetus par rapport au style de vie choisi par la mère. Les progrès technologiques ont aussi commencé à façonner une compréhension sociale différente du foetus en tant que personne indépendante et distincte de la mère, et en tant que patient à part entière. Les technologues de l'ultrason ont commencé à intervenir auprès des mères sur le plan psychosocial, à leur présenter le bébé et à encourager la formation de liens affectifs chez les femmes qu'ils jugeaient, au départ, inadaptées en tant que mères (Mitchell et Georges, 1997). Dans le discours sur la santé, on s'est mis à considérer le foetus, à titre de patient, comme un être humain ayant des intérêts et, pour certaines personnes, des droits qui lui sont propres.

Outre les effets transformationnels des interventions technologiques, qui ont donné l'impression que le foetus était un individu distinct de sa mère, d'autres événements aux États-Unis ont favorisé la polarisation entre les mères qui consomment des substances intoxicantes et leurs bébés. La reprise du débat sur l'avortement aux États-Unis, ainsi que la guerre contre les drogues, a permis aux femmes enceintes et toxicomanes de devenir les « femmes-affiches » pour ces causes, justifiant ainsi la rhétorique des groupes d'intérêts et illustrant leur version de ce qui ne va pas dans la famille américaine d'aujourd'hui. Bien que les efforts visant à renverser la décision-charnière Roe c. Wade aient échoué, la guerre aux drogues est devenue dans les années 1980 la « guerre aux toxicomanes » (Gomez, 1997, p. 2). C'était beaucoup plus qu'une simple opération de relations publiques pour les politiciennes et politiciens conservateurs du jour, car le discours exigeait un châtiment pour ces toxicomanes, qui étaient les ennemis. Ce discours a permis de légitimer l'augmentation des dépenses dans le domaine de l'application de la loi; entre 1970 et 1992 aux États-Unis, les dépenses publiques destinées à lutter contre la drogue sont passées de 200 millions de dollars à 13 milliards de dollars. Au cours de cette période, les agences et les autorités chargées de l'application de la loi ont doublé le nombre de condamnations pour une infraction liée aux drogues, principalement à l'endroit de toxicomanes, qui étaient alors dépeints dans les médias comme des personnes à la peau noire et brune, provenant de classes marginales (*ibid.*).

La pensée dichotomique présente dans le concept des « bonnes » et des « mauvaises » mères se retrouve aussi dans les débats émotifs sur les droits du foetus par rapport à ceux de la mère. Ce phénomène a eu de sérieuses conséquences pour les femmes aux États-Unis, où, selon Whiteford et Vitucci (1997), la lutte contre les stupéfiants s'est transformée en lutte contre les femmes (p. 1371). La polarisation du discours a eu pour effet d'opposer les droits de la mère et ceux de l'enfant, le débat se poursuivant afin de déterminer quels droits devraient primer (Boscoe, 1997; Miller, 1997; Young, 1996; Center for Reproductive Law and Policy, 1996).

La partialité à laquelle les femmes sont confrontées est évidente dans rapport de Schroedel et Peretz (1994) selon lequel, en 1989, 1990 et 1991, le *New York Times* a publié 34 articles traitant du mauvais traitement du foetus et le reliant directement aux habitudes de vie de la mère. Il n'y était

cependant pas question des effets sur le foetus des habitudes de vie des hommes. Daniels (1997) s'élève contre le fait que l'on s'en prenne surtout à la mère dans la plupart des discours sur la question en s'interrogeant sur l'incidence du sperme altéré (par des drogues légales ou illicites ou par des toxines environnementales) sur la santé du foetus.

> L'exclusion des hommes des études sur l'incidence de la drogue sur le foetus a ajouté foi à la notion selon laquelle les recherches servent les fins de l'élite au pouvoir qui veut faire surveiller les femmes et contrôler leur comportement. (Gustavsson et MacEachron, 1997, p. 676) [*Traduction*]

De plus, bien que la consommation de substances intoxicantes pendant la grossesse ait été interprétée comme une forme de violence à l'égard de l'enfant dans les reportages sur la question et dans le cadre des initiatives politiques visant à poursuivre les mères, il n'y a pas eu de discours correspondant sur les voies de fait subies par des femmes durant la grossesse et sur les préjudices possibles pour le foetus (Schroedel et Peretz, 1994).

Le débat sur le châtiment des femmes et la protection des enfants

Les lois et les politiques relatives à la consommation de substances intoxicantes durant la grossesse ont toujours été présentées de deux façons : comme moyen de punir les mères (toxicomanes) ou comme moyen de protéger les nourrissons « à risque élevé ». Cette situation résulte, d'après Johnsen (1992), du modèle de confrontation qui considère la femme enceinte comme deux entités distinctes — femme et foetus — chacune ayant ses intérêts distincts et conflictuels (p. 576).

La judiciarisation du comportement des femmes pendant la grossesse a ciblé les femmes de couleur et les femmes de la classe socio-économique inférieure; en Floride, en Caroline du Sud et dans plusieurs autres États, les femmes enceintes peuvent être emprisonnées, soi-disant pour protéger le foetus contre tout préjudice, si la mère a admis consommer de la drogue (Whiteford et Vitucci, p. 1372). Les recherches ont révélé que le but de ce genre de loi n'est pas tellement de protéger les enfants à naître, mais bien de punir les femmes parce qu'elles sont pauvres, enceintes et toxicomanes.

Les personnes qui s'opposent à des mesures punitives comme les poursuites au criminel ou à des mesures coercitives par le système de protection de l'enfant soutiennent que les menaces à l'endroit des mères sont souvent à l'origine d'une détérioration de la santé maternelle et foetale, car les femmes entrent dans la clandestinité pour se protéger et pour protéger leur enfant contre le système et, ce faisant, se privent de soins prénataux bénéfiques (Center for Reproductive Law and Policy, 1996). La femme enceinte, qui est aussi toxicomane sait fort bien que la menace d'arrestation ou de perte de la garde provient justement des personnes vers qui elle pourrait se tourner pour demander de l'aide (Noble, p. 188). Les principales parties s'opposant aux politiques de châtiment soutiennent qu'avec cette approche il y a peu de chances que les femmes enceintes toxicomanes reçoivent des traitements. Ainsi, cette approche cause plus de tort que de bien. D'autres inquiétudes sont soulevées au sujet des droits fondamentaux de la femme, en particulier dans le domaine de la protection des renseignements personnels, de l'application régulière de la loi et de la justice raciale (Center for Reproductive Law and Policy, 1996; Johnson, 1992).

La Coalition on Alcohol and Drug Dependent Women and their Children a proposé des changements aux lois et aux politiques pour appuyer les femmes et favoriser une meilleure santé pour elles et leurs bébés. Il s'agit de dispositions :

- qui visent à protéger les femmes enceintes et toxicomanes contre l'incarcération pour des motifs liés aux répercussions (possibles) des intoxicants sur le foetus;
- concernant l'utilisation des tests positifs de dépistage des drogues à des fins médicales et non comme unique motif pour retirer l'enfant à sa mère;
- selon lesquelles la toxicomanie à elle seule, sans autres preuves de l'incapacité d'être un bon parent, ne constitue pas un motif obligatoire de déclaration aux services de protection de l'enfant;
- qui visent à faire en sorte que les femmes enceintes ne puissent être exclues des programmes de traitement global des femmes;
- relativement à un examen des services des organismes dans le but d'améliorer la coordination des services entre tous les programmes connexes (Center for Reproductive Law and Policy, 1996).

Selon le Center for Reproductive Law and Policy, certains États américains, (p. ex. l'Iowa et le Kansas) ont adopté une loi interdisant la discrimination à l'endroit des femmes toxicomanes enceintes.

Politiques et élaboration des politiques

Qu'entendons-nous par « politique sociale »? La politique sociale peut être considérée comme une activité politique de l'État dans le cadre de laquelle des valeurs sont énoncées, des ressources affectées et des questions relatives à la qualité de vie soulevées (Prince, 1992). Dans leurs écrits au sujet des liens entre les politiques et les pratiques dans les services sociaux, Wharf et MacKenzie (1998) décrivent ainsi le procédé d'élaboration de la politique sociale :

> [...] choisir des orientations pour les situations où les choix sont voilés par des valeurs conflictuelles et où les faits et les renseignements ne peuvent déterminer clairement la supériorité d'un choix par rapport aux autres. Ainsi, l'expression « élaboration des politiques » s'applique aux débats entourant des choix difficiles à faire. (p. 10) [*Traduction*]

Certaines politiques sont élaborées dans le but bien précis de cibler une question particulière (p. ex. les femmes enceintes qui consomment des substances intoxicantes); d'autres sont destinées à d'autres fins mais ont une incidence sur la question (p. ex. les initiatives relatives à la santé des populations). Ces politiques, ainsi que les attitudes et les idéologies dominantes et sous-jacentes de notre société, se combinent pour façonner la pratique professionnelle et, par conséquent, le vécu quotidien de femmes dans la situation de M^{me} G.

Les politiques prennent de nombreuses formes. Certaines portent sur les grandes questions qui appartiennent à la structure fondamentale de la vie politico-économique, alors que d'autres portent sur des questions qui touchent la vie quotidienne des femmes et des personnes qui tentent de les aider de façon importante (Wharf, 1992). Certaines sont adoptées officiellement, d'autres en viennent à faire partie des manières informelles de faire les choses. Idéalement, les politiques devraient représenter un principe, un plan ou une ligne de conduite qui doit continuellement correspondre à des besoins et à des environnements changeants. C'est une expérience évolutive. (Prince George FAS Community Collaborative Network, 1998, p. 29).

Il faut, lorsque l'on étudie les politiques sociales, déterminer dans quelle mesure la politique en question cadre avec les autres politiques, à la fois en fonction de questions semblables et de niveaux ou lieux d'élaboration différents.

> Comme la plupart des politiques sociales sont conçues à l'échelle nationale ou provinciale, mais appliquées au niveau local, les liens et connexions actuels sont-ils suffisants pour assurer que les politiques sociales répondent aux besoins des collectivités locales? (Wharf, 1992, p. 12) [*Traduction*]

D'autres questions portent sur l'élaboration des politiques. Le processus, le contexte et les responsables de l'élaboration d'une politique peuvent avoir une incidence sur la pertinence de celle-ci et sur la capacité de l'appliquer avec succès. Bien que les modèles d'élaboration de politiques descendants et fondés sur le pouvoir soient les plus appliqués et les mieux connus, il arrive souvent que le problème à régler soit d'abord recensé au niveau local. La reconnaissance de cette situation et le fait de comprendre que l'élaboration des politiques est un processus dynamique d'interaction et de développement (Prince George FAS Community Collaborative Network, p. 29) a favorisé l'élaboration d'autres modèles qui font davantage appel à la participation.

Les personnes qui ont détenu le plus de pouvoirs dans le cadre de l'élaboration des politiques ressemblent à la plupart des élites qui exercent le pouvoir au Canada — surtout des hommes de race blanche et de classe moyenne qui ont des antécédents professionnels ou commerciaux (Wharf et MacKenzie, 1998, p. 19).

> Relativement peu de femmes, de pauvres et de membres des minorités ethniques participent à la prise de décisions qui les touchent. Bien que la représentation des femmes ait augmenté, les autres groupes sont absents des structures administratives locales. (*ibid.*) [*Traduction*]

Les méthodes actuelles ayant échoué, les auteures proposent d'améliorer la condition humaine en faisant appel à la sagesse des praticiennes et des praticiens et des personnes touchées par les politiques, c'est-à-dire celles et ceux qui ne sont habituellement pas consultés. (*ibid.*, p. 3).

D'après Titmuss (1974), l'élaboration de politiques se fait à différents niveaux, soit le gouvernement, la collectivité et l'individu. Il estime que l'action ou l'inaction de chacun influe sur l'orientation éventuellement adoptée. Dans ce chapitre, ce sont surtout les choix d'orientation au niveau des

gouvernements qui sont examinés, la Cour suprême estimant qu'il incombe à ceux-ci de prendre des décisions stratégiques.

Wharf et MacKenzie (1998) insistent sur les liens forts qui unissent l'idéologie[4] et les politiques, ce qui permet de croire que la prise de décisions par les gouvernements n'est pas un procédé rationnel et ordonné, mais qu'elle est compliquée par la politique partisane et par des principes et idéologies fermement ancrés (p. 11). Les idéologies et les valeurs qui influent sur le processus décisionnel des gouvernements déterminent les orientations de la réforme législative et l'élaboration des politiques et ont des répercussions importantes sur l'affectation des ressources. Cette relation très étroite entre les idéologies et la politique — ainsi qu'entre la politique et la prise de décisions — est soulignée dans le chapitre du présent rapport qui analyse la décision de la Cour suprême et les reportages au sujet de cette question, et dans le chapitre qui présente le point de vue des femmes, des travailleuses et des travailleurs et des Autochtones sur l'incidence des politiques actuelles sur leur quotidien.

Enfin, bien qu'au Canada les programmes sociaux soient financés par des ententes de partage de coûts entre les provinces et le gouvernement fédéral, ce dernier fixe les orientations et les priorités de financement qui définissent la voie que doivent suivre les provinces et les autres intervenantes et intervenants. Le contexte dans lequel le problème est abordé est ainsi établi. Les initiatives conçues en fonction de ces priorités peuvent assurer une source importante de fonds, qui peuvent s'ajouter aux fonds déjà réservés au niveau provincial aux soins de santé et à l'éducation. Dans le cas des femmes qui consomment des intoxicants pendant leur grossesse, les orientations établies par la politique fédérale peuvent inciter les organismes locaux à adopter des mesures punitives ou des mesures axées sur le soutien.

Contexte national

Pour comprendre comment la politique canadienne aborde le problème de la consommation de substances intoxicantes pendant la grossesse, nous avons examiné les façons dont le gouvernement fédéral influe directement sur la politique dans ce domaine ou l'institutionnalise[5]. Bien qu'influencé par ses voisins du Sud, le Canada s'enorgueillit d'adopter des orientations politiques différentes et se définit peut-être en fonction de celles-ci, comme l'illustre très bien son régime de soins de santé. Malgré tout, les attitudes et la compréhension de la nature du problème sont influencées par toute la gamme des discours semblables — c'est-à-dire des spécialistes des sciences et de la médecine, des médias, des législatrices et législateurs, et des politiciennes et politiciens.

Bien qu'on n'ait trouvé aucune preuve de l'existence d'une politique nationale, conçue spécialement pour la consommation de substances intoxicantes et la grossesse, une foule de décisions stratégiques

---

[4] Leur exemple porte sur l'idéologie reliée aux philosophies sociales comme le marxisme, le libéralisme, etc. Cette définition pourrait être élargie pour englober les idéologies qui guident les décisions relatives aux politiques sur les femmes, sur les peuples autochtones, sur la toxicomanie et sur les mères —idéologies qui ont une très grande importance par rapport à la question qui nous occupe.

[5] « Institutionnalisation » s'entend de la façon normale ou régulière dont le problème est abordé, c'est-à-dire par un personnel spécialisé qui reçoit des ressources spéciales pour le mesurer, le quantifier ou le résoudre (voir Gomez, p. 7).

dans divers secteurs gouvernementaux portent directement et indirectement sur cette la question. Certaines d'entre elles sont abordées dans la section suivante.

Politique canadienne sur les Autochtones

Il est possible de soutenir que les résultats de toute politique ou de tout programme qui ne tient pas compte des causes profondes des toxicomanies sérieuses ne seront que symboliques et n'apporteront pas un véritable rétablissement, ce dont témoigne très bien l'expérience des femmes autochtones comme M^{me} G.[6]

La relation entre l'État et les peuples autochtones est définie au Canada dans la *Loi sur les Indiens*, qui reflète la position idéologique et toujours actuelle de gouvernements canadiens successifs. Les politiques autochtones ont été établies dans le but précis de protéger les peuples autochtones, de les civiliser et de les assimiler à la majorité canadienne (Sterling-Collins, 1991). La conséquence horrible de cet héritage est évidente dans la surreprésentation des peuples autochtones devant nos tribunaux, dans nos services sociaux et dans nos systèmes de protection de la jeunesse. Cet état de fait est décrit plus à fond dans les chapitres qui suivent, où les femmes autochtones racontent leur lutte dans le contexte de la situation actuelle et de l'oppression historique.

Cependant, les relations entre les nations autochtones et l'État canadien évoluent avec la négociation de traités et d'ententes qui assureront l'autonomie gouvernementale aux peuples autochtones. Entre-temps, les femmes autochtones sont toujours victimes de multiples oppressions en raison du racisme intrinsèque des politiques canadiennes. De plus, comme les autres femmes qui font usage de drogue ou d'alcool pendant leur grossesse, elles sont stigmatisées lorsque leurs problèmes se retrouvent sur la place publique.

La Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé Canada dispense des services de santé communautaire, au moyen d'ententes de contribution avec les communautés, aux Indiennes et Indiens inscrits et aux populations inuites vivant au sud du 60^{e} parallèle. Les ententes s'appliquent à un programme donné (p. ex. Grandir ensemble et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA)) et la communauté emploie le personnel pour l'administrer. Les programmes ont été conçus par la DGSM, les services offerts d'une communauté à l'autre variant très peu. Cependant, la communauté locale ne participe pas à la planification ni à la conception du programme, même si le service peut être offert de façon à répondre aux besoins particuliers de la communauté. Les changements apportés à l'entente de financement permettraient aux communautés d'établir leurs propres priorités par l'entremise d'un système de gestion de la santé communautaire et d'une entente de financement global. De plus, des services particuliers sont admissibles. Il s'agit notamment des traitements pour l'inhalation de vapeurs de solvants et des services de prévention du PNLAADA et de Grandir ensemble, initiatives destinées directement aux femmes autochtones qui consomment des substances intoxicantes pendant leur grossesse.

---

[6] L'expression « autochtone » s'applique à trois groupes de personnes : les Premières nations du Canada (qui comprennent les individus que la *Loi sur les Indiens* définit comme « inscrits » et « non inscrits »), les Inuites et Inuits et les Métisses et Métis.

Une exception aux exigences relativement au statut d'Indienne ou d'Indien inscrit est la récente stratégie de la Direction générale de la promotion de la santé et ses initiatives Bon départ. Ces programmes s'adressent à tous les enfants autochtones, et non pas uniquement à ceux qui sont « inscrits ». Pour les femmes qui demeurent dans les réserves, les programmes de santé sont conçus par le gouvernement fédéral alors que les femmes qui demeurent à l'extérieur des réserves ont accès aux programmes locaux ou provinciaux offerts dans leur région. Le partage des compétences fédérales et provinciales alimente le débat depuis des années et demeure un obstacle à l'établissement de programmes de prévention efficaces :

> La distinction entre les Indiennes et Indiens inscrits et non inscrits, et entre les populations qui vivent dans les réserves et à l'extérieur des réserves semble être au cœur du débat. Il en résulte que bien des programmes et des services essentiels aux Autochtones ne sont simplement pas offerts. Il est primordial que la province travaille en collaboration avec le gouvernement fédéral pour résoudre ces questions. (George, 1993, p. 47) [*Traduction*]

Il est aussi très important de reconnaître que, tout comme dans la société en général, il n'y a pas de consensus ou de vision autochtone qui fasse l'unanimité sur la façon d'aborder le problème de la toxicomanie pendant la grossesse.

Politique en matière de drogues

Il est utile de prendre en considération les récents événements survenus dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle législation sur les drogues au Canada puisque les principes énoncés dans la version définitive de la loi appuient ou entravent les efforts qui seront déployés pour venir en aide aux femmes enceintes toxicomanes. Durant la majeure partie du siècle dernier, la stratégie canadienne antidrogue a été axée sur l'interdiction des drogues et l'application de la loi, la politique étant par le fait même orientée (tout comme d'importantes ressources) vers l'utilisatrice et l'utilisateur de drogues. La Stratégie canadienne antidrogue (SCA) a été annoncée en 1987 plutôt comme une initiative visant à mettre l'accent non pas sur l'interdiction, mais sur les principes de réduction des méfaits[7].

Une nouvelle loi, qui devait servir de fondement juridique au nouveau cadre, faisait, au départ, partie de la politique proposée (Fischer, 1997). Le projet de loi C-85 est mort au Feuilleton après le retour au pouvoir du gouvernement libéral. Les critiques étaient soulagés, car il était considéré comme imparfait et contraire aux principes de santé publique préconisés dans la Stratégie canadienne

---

[7] La réduction des méfaits est étroitement liée à la promotion de la santé et aux modèles des communautés en santé qui ont récemment été établis dans le domaine de la santé publique. En théorie, la réduction des méfaits adopte une vision qui ne pose pas de jugements de valeur sur la toxicomanie et les toxicomanes. Ces personnes ne sont pas considérées comme malades ou déviantes, mais comme des personnes normales, qui ont un comportement humain. La réduction des méfaits est surtout centrée sur les problèmes causés par la toxicomanie et les toxicomanes sont perçus comme faisant partie intégrante de la recherche d'une solution efficace. Les programmes généralement conçus pour eux sont dotés de stratégies souples et d'objectifs à court terme et sont centrés sur la réduction du risque ou des méfaits, par opposition à une vision à long terme centrée sur l'abstinence (Erikson *et al.*, 1997).

antidrogue. Le projet de loi C-7, que les libéraux ont présenté en remplacement, a aussi été critiqué bien que les libéraux aient soutenu qu'il ne s'agissait pas d'un projet de loi d'orientation et qu'il ne fallait pas le confondre avec une politique sur les drogues (Fry dans le *Hansard*, 1995). Les libéraux soutenaient que l'application de la loi et la politique sociale sont deux choses différentes et que les programmes peuvent, dans chacun des cas, être différents, malgré l'intention et le but premiers du projet de loi qui a été conçu dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Les critiques soutenaient que le projet de loi C-7 était une copie conforme de l'ancien projet de loi. L'accent demeurait placé sur le contrôle des stupéfiants et la législation n'allait pas dans le sens d'une harmonie plus grande avec les mesures sociales et sanitaires destinées aux toxicomanes. Les critiques provenaient des rangs mêmes du Parti libéral et de divers intervenants et intervenantes intéressés. En dépit de cela, et après des révisions mineures au contenu, il a été déposé de nouveau et adopté en 1996 comme projet de loi C-8, ou *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*[8].

> Bien que l'occasion d'enchâsser les principes de la réduction des méfaits dans la loi et de fournir ainsi un solide cadre juridique pour une politique officielle plus rationnelle axée sur la « santé publique » ait été perdue avec les projets de loi C-85, C-7 et C-8, la responsabilité des progrès possibles dans cette voie se déplacera vers les institutions et les programmes qui travaillent dans le contexte de la loi relativement à la toxicomanie. (Fischer, 1998, p. 62) [*Traduction*]

Plutôt que de consolider la nouvelle orientation de la politique sur les drogues à l'aide d'une philosophie de réduction des méfaits, il semble qu'on ait enchâssé simultanément un certain nombre d'options et d'orientations contradictoires dans la politique fédérale. Fischer soutient que les commentaires de politiciennes et de politiciens faits à ce moment-là démontrent clairement la confusion qui entoure la nouvelle loi sur les drogues et le processus général d'élaboration de la politique. Pour appuyer ce point de vue, il cite la déclaration du député Reg Alcock (Winnipeg-Sud) parue dans le *Hansard*. Selon M. Alcock, cette nouvelle loi placera le Canada aux premières lignes de la guerre contre les stupéfiants dans une perspective de réduction des méfaits (Fischer, 1998, p. 62).

Il est peut-être trop tôt pour évaluer complètement l'effet de cette confusion sur l'élaboration connexe de politiques. Cette expérience de la mise en oeuvre de l'aspect législatif de la Stratégie canadienne antidrogue témoigne des liens étroits entre les principes politiques, l'idéologie et la politique sociale et de la difficulté que pose une alliance aussi étroite entre la politique et l'établissement de politiques dans le cadre d'un exercice d'élaboration d'initiatives stratégiques visant à assurer un leadership fédéral pour régler un grave problème social.

---

[8] Benedict Fischer présente une description détaillée de cette histoire récente dans son article intitulé *The Battle for a New Canadian Drug Law: a Legal Basis for Harm Reduction or a New Rhetoric for Prohibition? A Chronology*. Il y soulève d'intéressantes questions sur la relation entre la législation et l'ordre public et conclut sur un ton optimiste, en citant les régimes australien, néerlandais, suisse, espagnol et allemand, que la politique orientée sur la santé publique peut avoir cours malgré des lois désuètes sur l'interdiction.

Politique en matière de santé

Santé Canada est le ministère fédéral chargé de la politique canadienne en matière de santé qui, à son tour, est principalement responsable de bien des secteurs d'activité qui ont une incidence directe sur les femmes enceintes prenant de la drogue ou de l'alcool. Une distinction importante doit être faite au départ : la politique en matière de santé comprend beaucoup plus que la simple prestation de services de soins de santé à la population canadienne. Elle englobe également des initiatives destinées à améliorer l'état de santé de tous les citoyens et citoyennes et reflète les responsabilités des deux paliers de gouvernement (fédéral et provincial) pour veiller à ce que les dispositions de l'article 36 de la Constitution soient respectées. Sauf en ce qui concerne les peuples autochtones, les provinces sont responsables de la prestation des services ou des soins de santé curatifs. La politique en matière de santé porte aussi sur des questions autres que la prestation directe des services, notamment sur des initiatives de santé publique plus préventives, auxquelles on se réfère souvent par les expressions « santé de la population » et « promotion de la santé ».

Politique en matière de santé — santé de la population

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), dans son mémoire au Comité permanent sur la santé présenté le 8 octobre 1996[9], indiquait qu'avec la fin de la Stratégie canadienne antidrogue en mars 1997, les programmes de santé établis en vertu de la Stratégie devaient s'intégrer aux autres questions sociales et de santé sous l'étiquette « santé de la population » (aussi vus comme les déterminants d'un modèle de santé). Le CCLAT s'est interrogé sur la priorité qu'auraient ces programmes à la suite de cette intégration, tout en laissant entendre que ce changement pourrait offrir certains avantages. Contrairement à la politique canadienne antidrogue, où l'accent est mis sur l'individu touché, la santé de la population permet de comprendre et d'aborder globalement l'origine du problème. Cette vision correspond davantage aux principes de réduction des méfaits et le CCLAT a soutenu que les sommes épargnées au niveau des services correctionnels et de l'application de la loi seraient directement réinvesties dans le but d'offrir un meilleur continuum de ressources pour diverses formes de sensibilisation et de traitement dans le domaine de la santé. Il est encore trop tôt pour évaluer les effets de ce virage, d'autant plus que les provinces, qui appliquent la politique en matière de santé, s'ajustent encore à la compression des paiements de transfert qui s'inscrivait dans l'initiative libérale de lutte contre le déficit — un rappel clair des problèmes bien connus qui se manifestent lorsque les beaux discours ne sont pas suivis de ressources suffisantes.

D'octobre 1996 à juin 1997, le Comité permanent de la santé a procédé à un examen de la Politique sur l'abus des substances psychotropes qui, à la demande du ministre, a porté davantage sur le volet demande que sur le volet offre de la politique canadienne antidrogue. Cependant, rien n'est sorti des travaux du comité, car une élection fédérale a été déclenchée en avril 1997 avant que le comité n'ait eu la chance de présenter son rapport. Au milieu de l'année 1998, il a été question que le Sénat fasse sa propre évaluation de la politique (Fondation canadienne pour une politique sur les drogues, 1998). La façon dont les conclusions de cette évaluation et d'autres examens qui pourraient être faits seront

---

[9] Ce comité, qui a été formé par le Comité permanent de la santé, a été chargé de procéder à l'« Examen des politiques sur le mauvais usage et l'abus de drogues », qui portait à la fois sur les substances légales et illicites, l'alcool et le tabac. Il disposait de neuf mois pour faire ses travaux.

intégrés à la politique actuelle de la santé, ou serviront de fondement pour de nouvelles initiatives stratégiques, demeure incertaine.

Politique de la santé — Initiatives relatives à l'enfant et à la famille

Deux initiatives de la Division des programmes communautaires de Santé Canada s'adressent aux femmes enceintes et aux mères de jeunes bébés qui consomment des intoxicants. Il s'agit du plan d'action communautaire pour les enfants (PAC-E) et du Programme prénatal du Canada. Tous deux relèvent de l'initiative Grandir ensemble du gouvernement fédéral.

Le programme PAC-E, qui a été lancé en 1992 dans le cadre de la réponse du Canada à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, a permis aux groupes communautaires d'offrir des services qui répondent aux besoins de développement des enfants « à risque ». En raison de la crainte généralisée que les enfants exposés aux drogues ou à l'alcool durant la grossesse risquent une foule de problèmes, dont le syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), l'effet d'alcoolisme foetal (EAF) et le syndrome de l'abstinence néonatal (SAN), les femmes qui prennent de la drogue ou qui consomment de l'alcool durant leur grossesse sont au nombre des groupes ciblés par cette initiative. Le programme PAC-E est conjointement administré par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux et, bien que ses objectifs généraux demeurent constants à l'échelle nationale, chaque instance locale a été encouragée à établir des priorités correspondant à ses propres besoins locaux. À l'heure actuelle, le PAC-E finance 392 projets au pays qui, ensemble, offrent 1 790 programmes. Ces programmes desservent chaque semaine 28 872 enfants et 27 178 parents et prestataires de soins.[10]

Le PAC-E est aussi responsable de l'initiative stratégique fédérale de 1994, le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), autre programme s'adressant particulièrement aux femmes enceintes qui consomment des drogues ou de l'alcool. Le PCNP a contribué au financement de plusieurs programmes locaux d'approche pour femmes enceintes qui aident les femmes enceintes « à risque élevé ». Ce programme a aussi été conçu dans différentes collectivités, selon les besoins et les cultures des gens de la région. Il y a actuellement 277 projets PCNP au Canada.

Bien que l'évaluation des deux programmes soit en cours, l'initiative Grandir ensemble et la Stratégie canadienne antidrogue sont les politiques fédérales qui ont actuellement le plus d'impact sur les femmes enceintes toxicomanes. Contrairement à la Stratégie canadienne antidrogue, les programmes comme le PAC-E et le PCNP sont d'origine fédérale, mais de conception locale. Ils sont établis dans les communautés et, par conséquent, répondent aux besoins locaux tout en formant un réseau national de services de prévention et d'intervention précoce pour les enfants et leurs familles.

Le Code criminel du Canada

À la suite de la décision rendue en 1989 par la Cour suprême du Canada, selon laquelle un foetus n'est pas une personne avant sa naissance[11], toute poursuite fondée sur les agissements d'une femme

---

[10] Ces chiffres sont tirés de l'évaluation nationale du PAC-E et ont été trouvés sur le site Web de Santé Canada dans le bulletin en direct *PACE/PCNP Quoi de neuf?*

[11] La citation pour cette affaire charnière est Tremblay c. Daigle (1989), 62 D.L.R. (4e) 634 (S.C.C.).

enceinte sera rejetée au Canada, le foetus n'ayant pas de droits légaux ou de statut juridique aux termes du *Code criminel* du Canada.

D'après Bala et Vogl (1993), il n'y a aucun fondement au Canada pour poursuivre au criminel une femme parce que sa conduite pendant la grossesse aurait pu mettre en danger son enfant. Cependant, bien que peu probable pour diverses raisons pratiques, ils signalent qu'il est possible, dans le cadre du droit de la responsabilité civile délictuelle, qu'un enfant intente une poursuite au civil contre sa mère pour des dommages qui seraient directement attribuables à la conduite de celle-ci pendant la grossesse. En l'absence de sanctions juridiques précises pour la consommation d'intoxicants durant la grossesse, la stratégie la plus courante au Canada a été, à leur avis, d'essayer de réglementer indirectement le comportement de la mère par des poursuites au criminel pour d'autres questions. Lorsque les poursuites sont fructueuses, le tribunal peut imposer des sentences d'emprisonnement pour retirer la mère du milieu dans lequel il y a préjudice (Bala et Vogl, 1993). Cette « détention préventive » a également fait l'objet de critiques. La préoccupation paternaliste et bienveillante du juge pour la santé du foetus pourrait être louable si les prisons fournissaient des soins prénataux de grande qualité et si ces milieux étaient véritablement sans drogues (Gustavsson et MacEachron, 1997).

Le contexte des politiques provinciales

Contrairement aux tendances des dernières années aux États-Unis, où il y a eu de plus en plus de tentatives pour criminaliser les femmes enceintes toxicomanes, les provinces ont, en général, prôné des mesures de santé mentale, des dispositions pour la détermination des peines (déjà mentionnées), des priorités pour les politiques et des initiatives locales axées sur la santé, comme les programmes de sensibilisation des femmes enceintes en Colombie-Britannique ou le recours aux autorités provinciales de protection de l'enfance[12].

Les politiques qui influent directement sur les femmes toxicomanes en cours de grossesse sont d'origine locale (programme) ou provinciale, et proviennent de certains ministères —Santé, Procureur général (corrections), Services sociaux (services de protection de l'enfance et d'aide financière) — et des commissions sur l'alcool et les drogues, qui sont des organismes distincts des ministères de la Santé et qui sont chargées de régler les problèmes de toxicomanie dans la province. Les systèmes de prestation des services peuvent varier d'une province à l'autre. La Colombie-Britannique, par exemple, a récemment adopté un modèle régional de prestation des services de santé et d'aide à l'enfance, ce qui signifiait qu'il y avait peut-être des différences régionales dans les besoins de la population et les priorités des programmes. Comme les politiques sont générées à partir de secteurs et d'emplacements multiples dans le contexte provincial (p. ex. les

---

[12] L'affaire récente de Jeanette Reid, en Alberta, fait toutefois exception. M^me^ Reid a été accusée, condamnée et emprisonnée en vertu de l'*Alberta Public Health Act* pour avoir inhalé des solvants alors qu'elle était enceinte. La législation sur la santé publique diffère d'une province à l'autre et, jusqu'à maintenant, l'Alberta est la seule province à l'avoir appliquée de cette façon. Lorsque interrogées au sujet de ce cas, les autorités locales de la protection de l'enfance et de la santé ont affirmé qu'il s'agissait d'une anomalie locale plutôt que d'une initiative provinciale. Les autorités policières locales avaient tenté sans succès d'intervenir auprès de M^me^ Reid. Leur préoccupation croissante au sujet des effets de sa dépendance sur le foetus et la frustration découlant du manque de succès des efforts précédents les ont conduites à procéder ainsi dans ce cas.

ministères, les régions et les programmes locaux), un inventaire exhaustif de toutes les politiques dépasse le cadre du présent examen. Une approche plus générale, qui consiste à dresser l'inventaire des politiques, a été utilisée et les initiatives qui ressortent — de par leur présence (ou leur absence) — seront mentionnées. L'objectif de ce rapport n'est pas de quantifier ou de consigner toutes les tentatives faites afin de rejoindre les femmes toxicomanes, mais plutôt de faire le point pour déterminer où se situe le pays sur le plan des politiques.

Lois sur la santé mentale

En plus de poursuivre les femmes au criminel au sujet d'autres questions comme moyens détournés de contrôler la toxicomanie pendant la grossesse, on s'est servi des lois provinciales sur la santé mentale pour contrôler indirectement leur comportement. Dans le cas de M^me^ G., par exemple, le juge Schulman a appuyé son ordonnance de détention sur deux motifs, le premier étant que M^me^ G. a souffert de troubles mentaux au sens de la *Loi sur la santé* du Manitoba. La Cour d'appel du Manitoba a renversé la décision selon laquelle M^me^ G. était frappée d'incapacité mentale aux termes de cette loi. À l'appel, la juge MacLachlin, dans les conclusions de la Cour suprême, a indiqué que les ordonnances rendues le sont habituellement dans l'intérêt de la patiente ou du patient. Elle n'a pas trouvé que c'était là le principal objectif du juge du tribunal de la famille dans le cas de M^me^ G.

> Bien qu'une intervention légale prénatale fondée sur des inquiétudes au sujet du futur bien-être de l'enfant ne soit pas possible, il peut y avoir fondement pour une intervention si une femme enceinte refuse le traitement médical nécessaire en raison de son incompétence mentale. Dans ce cas-là, la loi provinciale sur l'incompétence mentale peut être invoquée pour permettre une certaine forme de « consentement substitutif. (Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg) (région du Nord-Ouest) c. G. (D.F.) [*Traduction*]

L'application des diverses lois provinciales sur la santé mentale est limitée, chaque loi provinciale ayant sa définition de ce qui constitue un préjudice et une inhabilité à protéger les droits fondamentaux des personnes souffrant d'une maladie mentale. Malgré le fait que chaque province dispose de sa loi à cet égard, les garanties sont essentiellement les mêmes partout au pays et s'appliquent lorsque le cas d'une femme qui souffre d'une maladie mentale et qui est enceinte et toxicomane est porté à l'attention des autorités.[13]

Bala et Vogl (1993) estiment qu'il n'y a pas au Canada de fondement juridique justifiant une intervention prénatale outre les deux possibilités indiquées plus haut : poursuivre les femmes pour un acte criminel non relié et leur imposer une sentence qui, en partie, règle l'aspect toxicomanie; et remplacer les décisionnaires dans les cas où il s'agit clairement d'une situation d'incapacité mentale qui satisfait à des définitions restrictives des lois provinciales sur la santé mentale. Ces deux approches posent de sérieux problèmes législatifs et éthiques et les critiques font valoir qu'elles

---

[13] Bala, N. et Vogl, R. (1993). *Legal Responses : Abuse and Neglect of the Unborn Child.* Toronto : l'Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée.

causeront plus de préjudices et réduiront les chances de succès, les femmes étant davantage portées à entrer dans la clandestinité en raison des cadres d'action punitifs.[14]

La juge MacLachlin, dans la décision de la Cour suprême du Canada sur l'affaire M^me^ G., constate que :

> Étendre la compétence des tribunaux pour leur permettre de rendre ce genre d'ordonnance pourrait être néfaste; par exemple, une femme enceinte craignant l'intervention de l'État pourrait se soustraire à la détection en s'abstenant de demander les soins prénatals souhaitables. La difficulté d'application et l'insuffisance du redressement constituaient des obstacles. Vu la difficulté et la complexité inhérentes à l'extension des règles de droit, il était préférable de s'en remettre au législateur plutôt qu'aux tribunaux. Pour ces motifs, la Cour d'appel a annulé l'ordonnance de détention[15]. (Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (région du Nord-Ouest) c. G. (D.F.)

Protection de l'enfant

L'aide à l'enfance a été mise en place dans le but de protéger l'enfant contre la négligence et les mauvais traitements. Au Canada, les lois relatives à la protection de l'enfant et leur application sont de compétence provinciale et territoriale. Les services peuvent être offerts par divers ministères du gouvernement, des organismes bénévoles et des organisations des Premières nations, selon la province et le lieu. Tous sont cependant financés par le gouvernement.

> Bien que la plupart des clientes et clients des régimes d'aide à l'enfance soient des femmes et des enfants membres d'un ménage à faible revenu, les régimes ne mettent pas tous en doute les liens théoriques entre la pauvreté, les mauvais traitements, le sexe et des compétences parentales insuffisantes. (Baker, 1995, p. 238) [*Traduction*]

Les administrations partagent quatre concepts juridiques qui sous-tendent et façonnent la relation socio-juridique de l'enfant avec l'État. Chaque concept délimite un aspect clé de cette relation et doit être pris en compte. Il s'agit :

- du pouvoir de la famille (la notion de *patria potesta*);

---

[14] Les politiques axées sur les châtiments à l'intention des femmes enceintes et toxicomanes ont suscité de nombreuses critiques. Pour un examen de plusieurs de ces cas, voir Katherine Beckett (1995) : « Fetal Rights and 'Crack Moms' – Pregnant Women in the War on Drugs », *Contemporary Drug Problems*, 22, Winter, pp. 587-612; Cynthia R. Daniels (1997) : « Between Fathers and Fetuses : The Social Castration of Male Reproduction and the Politics of Fetal Harm », *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 22(3), pp. 579-616; et le Center for Reproduction Law and Policy (1996) : *Punishing Women for their Behavior During Pregnancy : An Approach that Undermines Women's Health and Children's Interests*. New York : Center for Reproductive Law and Policy.

[15] L'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (région du Nord-Ouest) c. G. (D.F.). La décision de la Cour suprême se trouve à l'adresse suivante http://www.droit.umontreal.ca/doc/csc-scc/fr/pub/1997/vol3/html/1997scr3_0.

- du pouvoir du tribunal de prendre des décisions au nom de personnes incapables de le faire (l'État comme parent ou la notion de *parens patriae*);
- de la justification d'une intervention dans les cas de négligence, qui sert de norme lorsqu'il s'agit de trancher relativement aux questions de garde et de placement (la notion de *l'intérêt supérieur de l'enfant*);
- du fait que l'enfant a des droits distincts de ceux de sa famille (la notion de *l'enfant en tant que personne devant la loi*).

L'idéologie de la « bonne mère » / « mauvaise mère » ainsi que la doctrine historique de *parens patriae* légitimisent encore davantage l'intervention de l'État dans la vie des « mauvais » parents. Cette intervention repose sur la conviction que les individus sont responsables de leurs propres problèmes, notion qui ne reconnaît pas la responsabilité sociale ni les conditions structurales pouvant y avoir contribué. Selon un autre point de vue, elle est attribuable à l'incapacité des forces sociales et du système économique de protéger l'individu (Swift, 1995, p. 47).

Comme la consommation de drogue et d'alcool pendant la grossesse est de plus en plus considérée comme un mauvais traitement infligé au foetus ou au bébé, des pressions sont exercées sur les communautés pour qu'elles fassent du dépistage et signalent les femmes enceintes et les toxicomanes. Gustavsson et MacEachron (1997) croient que cette orientation a eu pour effet d'augmenter le nombre de rapports soumis aux organismes de protection de l'enfance et d'imposer une charge très lourde aux travailleuses et aux travailleurs sociaux responsables de la protection de l'enfance. Les familles ressentent aussi les conséquences de charges de travail sont trop lourdes, car les ressources sont consacrées aux « enquêtes » plutôt qu'à la prestation de services aux femmes et à leurs familles. (Gustavsson et MacEachron, 1997, p. 679). Dans la première étude descriptive entreprise au Canada, Trocme, McPheee et Tam (1995) ont constaté que, lorsque le mauvais traitement d'enfants a été démontré, il y a eu consommation excessive d'alcool dans 38 p. 100 des cas et de drogues dans 31 p. 100 des cas. Il n'a pas été possible d'obtenir des données sur le nombre d'enquêtes relatives à la protection de l'enfant par suite de rapports de consommation de substances intoxicantes pendant la grossesse. Les données non scientifiques obtenues de travailleuses et de travailleurs de la protection de l'enfant et d'hôpitaux suggèrent toutes que le nombre d'interventions de la protection de l'enfant augmente sensiblement et que, dans la majorité des cas, on cherche essentiellement à déterminer si l'un des parents, ou les deux, consomme(nt) des substances intoxicantes (Callahan *et al.*, 1998).

Outre le manque de ressources pour aider les familles dans le besoin, les responsables de la protection de l'enfance ont un défi à relever pour s'occuper efficacement des mères qui consomment des substances intoxicantes. Le but de l'aide à l'enfance étant de protéger les enfants contre les préjudices. L'accent est mis sur la modification du comportement de la mère pour qu'elle se conforme à la norme établie par la travailleuse ou le travailleur. En plus d'agir en fonction d'un échéancier très serré pour que les décisions soient prises à un rythme qui correspond aux besoins de l'enfant, les travailleuses et les travailleurs ont des niveaux de formation et de compréhension différents de la toxicomanie et, par conséquent, leur capacité d'évaluer l'état de dépendance de la femme et sa réceptivité au changement est limitée (Callahan *et al.*, 1998; Prochaska *et al.*, 1992). Les

évaluations ne font pas toujours la distinction entre les habitudes de consommation qui font que les enfants sont négligés ou laissés sans protection contre la violence et celles où des dispositions sont prises pour assurer la protection des enfants au moment de la consommation. La détermination qu'il y a utilisation d'intoxicants pendant la grossesse devient en outre une « preuve » suffisante de toxicomanie. Noble (1997) a constaté que les mesures prises par les travailleuses et les travailleurs responsables de la protection de l'enfance étaient fondées sur les résultats des analyses toxicologiques des urines, technologie qui donne des renseignements très limités, c'est-à-dire des renseignements sur une consommation très récente, mais rien sur les habitudes de consommation (p. 184) :

> Des groupes qui élaborent des politiques s'inquiètent du fait que ces analyses sont reliées à d'importantes interventions (groupe de travail sur les bébés exposés aux substances, 1990). Ces groupes se sont inscrits en faux contre la notion selon laquelle un test de dépistage des drogues positif indique que l'on a probablement affaire à un parent violent ou négligent. D'autres font remarquer qu'aucune recherche ne démontre que la consommation de drogues pendant la grossesse soit un présage de négligence ou de mauvais traitement de l'enfant. (Larson, 1991, dans Noble 1997) [*Traduction*]

Des travailleuses et des travailleurs sociaux mal formés établissent des plans qui peuvent être irréalistes pour leurs clientes et, comme dans la plupart des provinces les services de protection de l'enfance et le traitement de la toxicomanie sont fournis par différentes institutions, il est possible que ces personnes aient des attentes irréalistes par rapport au traitement. Les obstacles qui empêchent les femmes de reconnaître l'étendue et l'effet de leurs problèmes et d'avoir accès au meilleur traitement possible dans les circonstances sont peut-être aussi mal compris. La crainte de perdre la garde de l'enfant revient constamment comme l'une des principales raisons qui empêchent les femmes de demander de l'aide, car les travailleuses et les travailleurs veillent à ce qu'elles suivent « le plan » en les menaçant d'enlever l'enfant si elles « trichent » ou consomment.

Ironiquement, si une femme est prête et s'engage dans un traitement pendant qu'elle se fait aussi suivre par les services de protection de l'enfance, l'orientation contradictoire du pouvoir exercé par chaque instance peut être pour elle une source de problèmes supplémentaires. Comme nous l'avons dit plus tôt, le but de la protection de l'enfance est d'aider la mère à devenir une « bonne » mère. Pour y arriver, cette dernière doit se conformer au plan établi par la travailleuse ou le travailleur. Les récidives ou la consommation continue sont considérées comme des risques pour l'enfant et l'on y voit un signe que la mère ne peut bien s'occuper de l'enfant. L'orientation du traitement de la toxicomanie, par contre, consiste à aider la femme à acquérir et à exercer un plus grand pouvoir personnel sur la route vers un rétablissement complet (White, 1998). D'une part, elle doit se soumettre à une autorité externe et, d'autre part, elle doit se prendre en main tout en faisant des choix personnels qui exigent une meilleure connaissance de soi.

Dans le cas de M^me^ G., l'Office des services à la famille de Winnipeg a essayé d'étendre de plusieurs façons le pouvoir *parens patriae* pour que des décisions soient prises au nom de la mère toxicomane qui, d'après l'Office, n'avait pas la capacité nécessaire pour s'occuper d'elle-même et protéger son

foetus. Ce cas a aussi été interprété dans les deux camps comme une tentative ou une occasion d'accorder au foetus des droits aux termes de la loi.

Cette affaire a été portée devant les tribunaux par les responsables de la protection de l'enfance, qui estimaient avoir épuisé les ressources disponibles et avoir échoué dans leur effort pour aider M^me^ G. et le foetus à ne pas subir les effets des solvants qu'elle continuait d'inhaler. Bien que cette demande de traitement obligatoire soit peu usuelle au Canada, des demandes de protection de l'enfant avant la naissance ont déjà été soumises dans une foule d'autres circonstances où les actions de la mère étaient jugées nocives pour le foetus. Jusqu'à maintenant, aucune n'a eu gain de cause.

Le Nouveau-Brunswick demeure la seule province où les enfants à naître sont inclus dans la loi sur le bien-être de l'enfance. Cette définition de l'enfant n'a pas encore suscité d'interventions prénatales de la part des autorités provinciales de protection de l'enfance du Nouveau-Brunswick. Il reste à déterminer comment de telles interventions seraient interprétées dans le contexte de la décision de la Cour suprême selon laquelle le foetus n'est pas une personne (et n'a donc pas de droits) avant sa naissance.

Bala et Vogl (1993) citent plusieurs cas des années 1980 où les juges ont établi un rapport entre la consommation prénatale de drogues et les mauvais traitements infligés à l'enfant. Dans leur examen de la jurisprudence à ce sujet, ils ont toutefois relevé que, soit dans les appels, soit dans la décision initiale, les tribunaux hésitaient à porter atteinte à la liberté et aux droits de la mère tant que l'enfant n'était pas né. Ils soutiennent que l'Angleterre et les États-Unis ont adopté une attitude semblable en refusant de rendre des ordonnances pour protéger l'enfant à naître.

Gomez (1997) note toutefois qu'aux États-Unis l'élaboration des politiques s'est polarisée entre les personnes favorables à une approche de traitement en santé publique et celles qui souhaitent l'adoption d'un modèle plus répressif.[16] Gomez est d'avis que la protection de l'enfance se situe dans le camp du modèle répressif. Les recherches de Noble appuient cette analyse et qualifient les politiques favorables au dépistage de drogues et à la transmission des résultats positifs aux autorités de la protection de l'enfance (qui peuvent alors forcer la femme à suivre un traitement et qui retirent souvent l'enfant de sa garde) de forme différente de châtiment, plus fréquente que la poursuite au criminel (Noble, 1997, p. 174). Gomez a constaté que davantage de femmes à faible revenu et de femmes de couleur ont fait l'objet de tests de dépistage et, qu'en tant que groupe, leurs enfants risquaient davantage d'être placés en famille d'accueil (Noble, 1997, p. 182).

---

16 Gomez décrit un continuum de châtiments allant des mesures sévères ou extrêmement répressives, pour lesquelles la portée des lois est étendue afin d'aborder le problème (comme l'exemple en Caroline du Sud où Cornelia Whitner a été emprisonnée pendant huit ans pour avoir consommé des intoxicants durant sa grossesse), à des attitudes modérément répressives, selon lesquelles les femmes sont contraintes de suivre un traitement, en passant par le modèle de diversion plus souple adopté au Nouveau-Mexique, où l'on essaie de retirer les femmes du système de justice pénale pour les adresser à des programmes de réadaptation (pp. 81-82). Si l'on applique ces critères, l'affaire de M^me^ G. et celle de Jeanette Reid s'inscrivent dans la catégorie des châtiments extrêmement répressifs.

Bien que le modèle des poursuites criminelles n'ait pas été adopté au Canada, des poursuites ont néanmoins été intentées en se fondant sur les lois provinciales existantes, comme le démontrent le cas de M^me^ G., qui reposait sur des lois sur la protection de l'enfance et sur la santé mentale et, plus récemment, le recours à l'*Alberta Public Health Act* dans le cas Jeanette Reid[17]. Les deux femmes étaient pauvres, enceintes et autochtones. Bien que les efforts de l'État dans le cas de M^me^ G. aient été infructueux, Jeanette Reid a perdu sa liberté et la garde de son enfant. On peut soutenir qu'au Canada les femmes sont principalement punies au moyen des lois sur la protection de l'enfance, ce qui crée des obstacles au règlement efficace du problème.

Services de traitement de la toxicomanie

Les services pour les femmes enceintes qui consomment des substances intoxicantes sont offerts par un réseau de ministères gouvernementaux (distincts du gouvernement), de commissions des alcools et des drogues, d'organismes bénévoles financés localement et des organisations d'entraide comme les Alcooliques Anonymes, les Narcotiques Anonymes (NA) et Women for Sobriety. Diverses méthodes de traitement sont offertes par cet ensemble de services : certains dispensent des soins centrés sur la femme; certains ont des programmes particuliers pour les femmes autochtones[18], certains incluent les familles; et certains ont toute une gamme d'options ou de formes d'aide. Comme le soulignent les femmes et les travailleuses et travailleurs dans la section suivante, il n'est pas facile, dans la plupart des cas, d'avoir accès à des soins adaptés en temps opportun. Par ailleurs, les politiques internes, comme la durée de la « sobriété » d'une personne avant qu'elle puisse être admise, demeurent un obstacle empêchant les femmes enceintes d'obtenir de l'aide lorsqu'elles sont prêtes. De plus, ces politiques contrent les efforts visant à accorder la priorité aux femmes enceintes toxicomanes sur les listes d'attente.

Un coup d'œil à la liste des services que chaque province offre aux toxicomanes pourrait laisser croire que les femmes disposent de plusieurs programmes[19]. Il importe toutefois de souligner que très peu de ces programmes sont centrés sur la femme et qu'ils sont encore moins nombreux à s'adresser aux femmes enceintes qui consomment des substances intoxicantes. Comme le chapitre 4 le montrera, pour bien des femmes, trouver les services qui correspondent à leurs besoins au moment opportun demeure un défi. Cette difficulté est clairement illustrée dans le rapport de Poole (1997), qui montre l'existence d'un écart entre les places dans les programmes et la demande de services en Colombie-Britannique. Par exemple, sur les dix programmes en établissement financés par la province au moment où les services de traitement de la toxicomanie ont été transférés au ministère de l'Enfance et de la Famille, seulement trois offraient des services qui s'adressaient aux femmes, et ce, en dépit du fait qu'on estime que de 700 à 1 000 personnes recherchent chaque année ce type de

---

[17] Au moment de la rédaction du document, il s'agissait du seul cas au Canada pour lequel on a invoqué l'*Alberta Public Health Act* afin d'empêcher une femme enceinte de consommer des intoxicants.

[18] Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada, offre, dans certaines communautés, des programmes à la clientèle autochtone des réserves.

[19] En 1995, par exemple, la Colombie-Britannique a financé 191 programmes allant des centres de désintoxication aux programmes de traitement en établissement (Poole, 1997).

services en Colombie-Britannique. Dans 17 centres de désintoxication de la province, il n'y avait pas un seul programme de désintoxication pour les femmes (p. 16).

Même si cet exemple ne présente que la situation en Colombie-Britannique, il faudrait appliquer les mêmes critères d'évaluation aux autres provinces pour pouvoir déterminer avec certitude qu'elles comprennent ce que sont les possibilités actuelles de traitement pour les femmes au Canada. Il est évident, comme le note Poole (1997), qu'au nombre des grands défis à la mise en oeuvre d'un modèle global et intégré en Colombie-Britannique, on compte le manque de services pour les personnes qui ont un besoin immédiat de traitement en établissement, comme les femmes enceintes et toxicomanes qui risquent de mettre au monde des enfants avec des séquelles liées à la consommation d'alcool et drogue (p. 18). Selon Gustavsson et MacEachron (1997), il est inutile de demander à une femme enceinte d'attendre six mois pour un programme de traitement de la toxicomanie (p. 681). Jusqu'à présent, peu de systèmes provinciaux offrent des programmes de traitement ou de prévention de la consommation excessive de drogues ou l'alcool adaptés aux besoins culturels des Autochtones (Scott, 1992). Des initiatives récentes, comme le partenariat STOP SAF du Manitoba, établi avec le Centre autochtone de mieux-être et de santé et le Centre de santé communautaire de la coopérative Nord-Ouest, tentent de corriger cette situation à l'aide d'un modèle qui rejoindra et appuiera les femmes enceintes et toxicomanes pendant une période allant jusqu'à trois ans (gouvernement du Manitoba, 1998).

Initiatives provinciales

D'autres provinces élaborent aussi des initiatives de prévention. Par exemple, la Colombie-Britannique affecte des fonds par son programme Building Blocks (parrainé par le ministère de l'Enfance et de la Famille). Au moyen de cette initiative, avec l'aide du *Community Action Guide : Working Together for the Prevention of Fetal Alcohol Syndrome* (publié en novembre 1998), chaque région a dressé son propre plan pour rejoindre les femmes enceintes et les enfants à risque élevé dans leur communauté. On ne sait pas encore comment ces plans seront élaborés et réalisés, mais ils sont prometteurs étant donné qu'ils mettent l'accent avant tout sur la santé publique et qu'ils sont conçus à l'échelle locale.

L'initiative sur le SAF des provinces des Prairies a été lancée au printemps 1998 et s'appuie sur un modèle de partenariat où les projets provinciaux seront partagés entre l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba. Dans le cadre de cette initiative, toutes les provinces ont convenu :

- d'étudier l'idée du placement prioritaire des femmes enceintes dans un centre de traitement de la toxicomanie;
- d'étendre le programme des subventions communautaires de la Saskatchewan, qui permet aux collectivités locales de recevoir des fonds pour des campagnes de sensibilisation et d'éducation organisées localement;
- de lancer de vastes campagnes de sensibilisation des médias et du public à la prévention du syndrome d'alcoolisme foetal;
- d'assurer une rotation pour l'organisation d'un symposium interprovincial annuel qui vise à offrir de la formation continue et des possibilités de planification mixte.

Des recherches ont été faites sur les sites Web de chaque province au sujet d'initiatives entreprises au cours des deux dernières années et qui ciblent directement ce groupe de femmes. Aucune autre nouvelle initiative n'a été repérée ailleurs que dans les provinces susmentionnées. Cependant, toutes les provinces offrent une forme de programme de sensibilisation à la grossesse destiné à améliorer la santé des femmes à risque élevé sur le plan social, ainsi que celle de leurs nourrissons. Bien qu'il s'agisse de programmes importants, un réseau complet et dynamique de services de traitement demeure nécessaire. Peu de signes au pays permettent de croire que des sommes additionnelles seront consacrées à cette question.

Les ouvrages recensés contiennent plusieurs réflexions importantes. La toxicomanie était présente avant que l'intimée ne soit enceinte. Les femmes ne commencent pas à consommer de la drogue en apprenant qu'elles sont enceintes. Comme l'observe Noble (1997), la consommation de drogue durant la grossesse n'est pas un comportement exemplaire et les inquiétudes à ce sujet sont compréhensibles (p. 174). Les femmes toxicomanes conviennent pour la plupart qu'elles ne veulent pas nuire à leur bébé (Callahan *et al.*, 1998; Rosembaum, 1981).

Dans les ouvrages, on s'interroge maintenant beaucoup plus sur l'expérience de la dépendance des femmes, car on comprend mieux la façon dont ces problèmes se développent et les traitements qui conviennent particulièrement aux femmes. Les attitudes traditionnelles fondées sur la honte et la confrontation reproduisent plusieurs des expériences de vie qui sont à l'origine des luttes des femmes, perpétuant ainsi la douleur au lieu de la soulager. Les femmes d'origine autochtone ont des besoins additionnels liés à des questions d'histoire, de pouvoir et de culture.

La documentation ne démontre pas que les politiques répressives sont efficaces. Bien au contraire, plusieurs auteures et auteurs craignent qu'une orientation répressive n'ait pour résultat une santé moins bonne pour les femmes et leurs enfants. Il existe des tensions opposant la protection de l'enfant et le système de traitement de la toxicomanie, ce qui se reflète dans l'expérience des femmes interviewées dans le cadre du projet.

L'analyse sélective des politiques canadiennes présentée dans ce document illustre l'ampleur du défi à relever pour veiller à ce qu'il y ait un lien entre les orientations et les divers paliers et milieux décisionnels. On apprend que le processus décisionnel ainsi que les personnes qui y participent sont d'une importance absolue pour faire en sorte que les politiques élaborées soient pertinentes et qu'elles répondent aux besoins. Dans la documentation, les auteures ont trouvé une quantité disproportionnée de documents sur les femmes toxicomanes. Cependant, trop peu de l'information provenait directement de ces femmes.

CHAPITRE 2 : ANALYSE DE LA DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME DANS L'AFFAIRE DE L'OFFICE DES SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE DE WINNIPEG CONTRE M^ME G.

par Marilyn Callahan

Introduction

Le présent chapitre examine comment la toxicomanie chez les femmes enceintes est devenue une préoccupation au niveau des politiques, comme en fait foi le jugement de la Cour suprême dans l'affaire de M^me G. et de l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (région du Nord-Ouest). Cette cause a été choisie aux fins d'analyse car elle a fait l'objet de vastes débats dans les médias et qu'elle est maintenant mentionnée dans la documentation didactique et professionnelle (McCormack, 1998; Poole, 1998). Les décisions des tribunaux et l'attention que les médias ont portée à cette affaire, avant et après les décisions, ont largement contribué à faire comprendre aux Canadiennes et aux Canadiens l'ampleur du problème des femmes enceintes toxicomanes et l'importance de trouver des solutions.

Méthodes de recherche

Les méthodes de recherche employées pour analyser le jugement et les documents connexes prennent la forme d'une analyse thématique étayée par des réflexions tirées d'une analyse critique du discours. L'auteure a concentré son enquête sur le jugement de la Cour suprême et sur les mémoires présentés par l'appelant et l'intimée. Bien que les déclarations de certaines des parties intervenantes aient été passées en revue, elles n'ont pas été incluses dans l'analyse détaillée en raison du grand nombre de documents sur le jugement et l'argumentation.

L'auteure a d'abord lu l'argumentation et le jugement plusieurs fois, puis elle a consigné les thèmes et les questions qui lui ont semblé importants. En collaboration avec Deborah Rutman, la chercheuse qui a examiné les reportages au sujet du jugement, l'auteure a établi une série de questions pour faciliter l'examen du texte. Ces questions sont liées au thème général de la recherche, à savoir la façon dont la consommation d'intoxicants par les femmes enceintes en est venue à être une question de politique.

1. a) Quels sont « le(s) problème(s) et les solutions »?

   b) Quels sont les procédés et les techniques utilisés pour cerner le problème et les solutions?

2. S'ils ne sont pas tenus dans l'examen des questions précèdent, quels sont, le cas échéant, les propos au sujet :
   - de la toxicomanie et de ses effets sur le développement du foetus;
   - des questions autochtones;
   - des femmes et des mères;
   - de M^me G. elle-même.

3. Si elles ne sont pas mentionnées dans l'examen de la question qui précède, quelles sont les parties qui ont l'occasion de se faire entendre ou de revendiquer le droit de décider et quelles sont celles qui ne l'ont pas?

4. Quels éléments ont été omis?

L'auteure a ensuite préparé un sommaire de l'argumentation de l'appelant et de l'intimée pour les comparer afin d'en déterminer la structure générale. Elle en a ensuite analysé les structures, ces dernières ayant grandement influencé les opinions énoncées dans les rapports majoritaire et minoritaire et ayant été acceptées presque intégralement.

L'auteure a consulté de nouveau les textes pour étudier la structure linguistique et l'utilisation qui en est faite pour appuyer l'argumentation et déterminer le sens au moyen de certaines techniques de l'analyse critique du discours. Elle a dû limiter l'examen, car il aurait mené à un très long processus et à de volumineux documents écrits.

L'analyse critique du discours se fonde sur le fait que le langage n'est pas neutre et que bien des inégalités et bien des injustices de la société sont édictées, reproduites et légitimées par le texte et la parole (Huber, 1998, p. 39). L'analyse critique du discours n'offre pas une méthode cohérente pour décortiquer le texte et la parole, mais met les chercheuses et les chercheurs au défi d'utiliser la linguistique, la sémiotique, les études culturelles, l'analyse féministe et d'autres procédés. Il s'agit de comprendre comment la structure de la langue et la construction du texte réaffirment les iniquités du pouvoir. L'analyse du discours repose à la fois sur des méthodes quantitatives et des méthodes qualitatives. Les chercheuses et les chercheurs définissent le procédé utilisé pour analyser le discours, dont la lentille à travers laquelle ils interprètent eux-mêmes la « parole ».

Van Dijk (1988) offre certains instruments particuliers d'analyse critique du discours. Il suppose qu'au moins quatre conventions sont utilisées dans le texte pour en influencer le sens. Le premier, l'analyse *macrostructurelle*, suppose que les lectrices et lecteurs ont tendance à trouver un sens aux textes en fonction des connaissances qu'ils possèdent déjà au sujet du monde (Van Dijk, 1988, pp. 13-14). Les membres d'une culture partagent en général des connaissances au sujet de certains événements — par exemple, au sujet de ce qu'on entend par « aller faire un tour d'auto » ou « obtenir son diplôme d'études secondaires » — et, par conséquent, tirent souvent les mêmes renseignements de l'interprétation des textes.

Une autre convention, *la structuration pertinente*, vient du simple principe que l'information la plus importante dans un texte est souvent présentée au départ. Des textes entiers, et même des phrases, peuvent être examinés en fonction de cette convention.

L'analyse *intertextuelle* pousse les choses un cran plus loin et examine les liens entre les messages centraux. Par exemple, les opinions que se font les lectrices ou les lecteurs d'un passage ou d'un texte sont influencées par ce qui vient en premier lieu; la lecture se poursuit selon le cadre établi au départ par la rédactrice ou le rédacteur. Les journalistes influencent grandement la lecture d'un récit par la manchette, les légendes ou le premier paragraphe. Selon cette même logique, les lectrices et les lecteurs sont souvent influencés par les textes antérieurs sur le même sujet. Ainsi, le premier article

au sujet des femmes et de la consommation d'alcool pendant la grossesse peut influencer l'interprétation des articles subséquents.

La troisième convention, l'*analyse grammaticale*, examine le sens qui est donné et reproduit au niveau de la phrase. Une méthode grammaticale particulière — l'application de la voix active ou de la voix passive — est particulièrement révélatrice lorsqu'il s'agit de déterminer comment le fondement d'une idée peut être subtilement invoqué.

Enfin, les *structures rhétoriques* renvoient à diverses stratégies employées pour rendre le texte plus convaincant. Il s'agit de certaines techniques, comme la répétition, la rime ou l'allitération, l'hyperbole ou la litote, ou encore les images, les mots et les phrases antithétiques, qui contribuent à atteindre un point culminant. Le recours à certaines de ces techniques et leur influence sont soulignés tout au long de la présentation et de l'analyse des données. Lorsque c'est possible, le texte original est cité pour permettre aux lectrices et aux lecteurs de faire leur propre évaluation.

Les valeurs et les opinions de la chercheuse ont forcément influencé la lecture et l'interprétation qu'elle fait du texte. Elle a été soulagée en partie par la décision de la Cour suprême et impressionnée par certains des arguments du rapport majoritaire. Elle a par ailleurs été troublée par le fait que les droits de la femme ont été présentés sous un jour peu favorable et que ces droits ont été opposés à ceux du foetus. Bien que le traitement obligatoire ne soit pas la solution, elle estime que l'on ne peut ignorer le tort causé à la femme et à l'enfant par l'usage d'intoxicants pendant la grossesse. Elle croit aussi qu'aucune femme ne souhaite faire du mal à son foetus et qu'elle prendra des mesures pour l'éviter si des occasions lui sont offertes.

Les arguments juridiques sont souvent invoqués pour transformer les problèmes individuels en débat public et sont souvent soulevés dans les médias. Le présent chapitre examine la couverture de ce jugement particulier dans les médias au moyen d'une méthode de recherche semblable. Ensemble, le jugement et les reportages ont fait beaucoup pour influencer la perception publique de la question de la toxicomanie chez les femmes enceintes.

L'argument juridique en tant que processus pour définir les problèmes et les solutions

Les données démontrent que les arguments juridiques présentés par l'appelant et l'intimée, qui se trouvent dans les rapports majoritaire et minoritaire de la Cour suprême, se limitent à présenter les enjeux en cause lorsque des femmes enceintes consomment des substances intoxicantes et à proposer des solutions possibles. Les raisons de cette constatation sont à la fois évidentes et compliquées. D'entrée de jeu, les arguments juridiques doivent être structurés autour de questions de droit. L'information qui n'est pas pertinente à ces questions de droit est omise. Les questions de droit retenues pour préparer un argument ne le sont pas nécessairement parce qu'elles permettent de comprendre pleinement le problème, mais parce qu'elles peuvent permettre de « gagner » la cause. Les questions qui ne sont pas abordées ont naturellement moins d'importance. Dans le cas qui nous intéresse, l'une des principales questions de droit — si des droits juridiques doivent être accordés ou non au foetus — occupait la place centrale dans les deux arguments; d'autres points, qui n'étaient pas directement reliés à cette question centrale, n'ont pas été soulevés. Les questions qui n'ont pas été

abordées peuvent contribuer grandement à la compréhension du problème de la consommation de substances intoxicantes et de la grossesse. Par exemple, la nature de la toxicomanie, les facteurs de causalité et l'incidence du sexe, de la race et de la classe dans l'expérience des toxicomanes ou des alcooliques ont simplement été omis.

Les arguments juridiques donnent l'illusion que toutes les questions importantes ont été soulevées par la voie du débat, car on suppose que chaque partie épuisera la question pour présenter tous les arguments en sa faveur. Cette situation ne s'est pas produite dans ce cas pour les raisons invoquées ci-dessus : certains aspects de la question ne se rapportaient pas à l'argument juridique considéré comme le plus susceptible de permettre de gagner la cause. Il est aussi possible que l'un des camps ne puisse réfuter les arguments de l'autre parce qu'il a axé son exposé sur une autre question de droit. Ainsi, il est possible que les arguments de l'une ou l'autre des parties ne soient pas réfutés et qu'ils demeurent au dossier. Cette situation s'est produite à plusieurs endroits dans les arguments des mémoires et dans la décision du tribunal. Par exemple, comme l'intimée avait l'intention de se concentrer uniquement sur la question des droits du foetus, elle n'était guère intéressée à contester les déclarations sur les effets des substances intoxicantes consommées par la mère sur le foetus. Aucune des affirmations présentées par l'appelant n'a été contestée, même si la question est complexe et loin d'être claire, même pour les spécialistes.

À bien des égards, plutôt que de provoquer un débat, les arguments juridiques peuvent se croiser comme des avions à des altitudes différentes, chacun se rendant à sa destination sans trop se préoccuper de l'autre, comme ce fut le cas dans cette affaire. L'appelant souhaitant convaincre le tribunal que l'application de la loi actuelle pouvait être étendue à cette situation particulière et atténuante a donc consacré beaucoup de temps aux précédents jurisprudentiels. Par ailleurs, l'intimée comptait déplacer l'accent de cette situation précise vers une question d'ordre général et la relier à d'autres questions litigieuses, comme l'avortement, pour démontrer le chaos qui serait créé si le tribunal acceptait l'argument de l'appelant. Une partie a présenté un argument sur cette femme en particulier alors que l'autre a présenté un argument centré sur la question générale et les limites de la loi.

La notion du débat voile aussi le fait que les parties peuvent partager des convictions communes. Ces convictions tacites gagnent une crédibilité subtile, parce qu'elles ne sont ni mises en lumière, ni contestées. Par exemple, la notion de la femme canadienne indépendante et égale, qui choisit librement son mode de vie, n'a pas été examinée par l'intimée et l'appelant.

En fin de compte, l'opinion de la majorité de la Cour suprême a renvoyé la question des droits du foetus au législateur pour qu'il l'examine. La compréhension limitée qui se dégage de ce débat juridique influencera sans doute les débats subséquents dans les assemblées législatives et les tribunaux du pays. Par exemple, le *Globe and Mail* a récemment rapporté qu'un procureur de l'Alberta avait conclu une entente avec une femme enceinte accusée de trafic de cocaïne (Cheney et Philip, 1998). Elle a accepté de plaider coupable et de demeurer en détention en attendant sa sentence, qui devait être prononcée après la naissance de son enfant. Cette sentence est revenue à l'équivalent d'une journée. Même si la peine s'avérait plus légère que normalement, le procureur et le juge estimaient que la procédure devrait permettre à la femme de cesser de consommer des

drogues durant le reste de sa grossesse (bien qu'il soit facile d'obtenir des drogues en prison) et de s'occuper de l'enfant à sa naissance. Les deux journalistes qui ont couvert cette histoire notent que ce cas diffère de celui de M^me^ G., qui a été retenue contre sa volonté, alors que l'intimée dans cette affaire a accepté l'entente. Il est difficile de déterminer si elle y a consenti ou si elle a considéré ce marché comme un moyen d'obtenir une sentence plus courte. Pour bénéficier de l'entente, elle a dû plaider coupable, ce qui soulève une autre série de questions. On ne sait pas si la décision de la Cour suprême et le battage publicitaire qui l'a entourée ont influencé ce procureur et ce juge. Quoi qu'il en soit, la détention dans une installation comme une prison et l'abstention de toute consommation de drogue faisaient partie des arguments soumis dans les deux cas.

Ce dernier point mérite d'être souligné. Les arguments de la Cour suprême du Canada ont beaucoup de poids, même auprès des opposants. La Cour suprême, comme son nom l'indique, est la plus haute instance en matière de droit au pays. Les universitaires et les personnes qui écrivent à ce sujet n'auront pas la même publicité ni la même influence.

Il y a peut-être un autre point qui vaut la peine d'être mentionné au sujet de la décision de la Cour suprême et de son influence sur notre façon de comprendre la question de la toxicomanie ou de l'alcoolisme chez la femme enceinte. La décision majoritaire de la Cour suprême, qui renvoie la question des droits du foetus aux législatrices et législateurs, met en évidence la conviction que de telles causes peuvent être entendues uniquement lorsqu'on aura déterminé si le foetus a des droits. À partir de cette affirmation, il est facile de supposer que le foetus doit avoir des droits juridiques pour qu'il soit possible de lui venir en aide. À l'inverse, si le foetus n'a pas de droit, il est alors impossible de l'aider à se développer d'une manière saine lorsque la mère ne prend pas soin d'elle pendant la grossesse. Les personnes qui souhaitent protéger le développement du foetus concentreront tout naturellement leurs énergies à faire du lobbying auprès des législatrices ou législateurs. Keith Martin, député réformiste de Victoria, a déjà rédigé un projet de loi d'initiative parlementaire qui préconisait une telle loi fédérale. Toutefois, les législatrices et législateurs connaissant les passions et les difficultés qui ont été suscitées durant le débat sur l'avortement hésiteront peut-être à aborder la question. Les personnes qui s'opposent à une telle loi semblent peu intéressées à la santé du foetus et semblent plutôt appuyer aveuglément les droits de la femme. On oppose les droits du foetus à ceux de la mère. Il semble qu'il n'y aura pas de terrain d'entente ni de forum qui permettraient de faire de réels progrès sur cette question, à moins qu'on détermine les droits qui doivent primer — ce qui est peu probable.

Données et analyse des mémoires

Cette section examine comment les problèmes et les solutions relativement aux femmes qui consomment des intoxicants pendant leur grossesse sont présentés dans les mémoires de l'appelant, l'Office des services à la famille et à l'enfant de Winnipeg, et de l'intimée, M^me^ G. Ces mémoires comptent trois parties : l'exposé des faits, les questions en litige et l'argumentation. Chacune de ces parties sera examinée pour démontrer comment les problèmes sont présentés, dès le départ, dans les délibérations de la Cour suprême.

L'exposé des faits

L'appelant commence son argumentation par un exposé des faits très descriptif, tiré du cahier d'appel. Sur les 14 faits présentés, 12 servaient à établir une chronologie détaillée de l'utilisation des solvants par M^me^ G. et s'accompagnaient des expressions suivantes : « abus des solvants », « problème de toxicomanie », « inhalation de solvants », « solvants inhalés », « influence des solvants », « exposition à des solvants *in utero* », « inhalation des solvants », « inhalation chronique », « odeur de colle », « colle sèche » ou « sevrage des solvants ». La dépendance à l'inhalation de solvants a un sens particulier qui diffère de celui donné à « boire des martinis » ou « renifler de la coke ». Dans la culture nord-américaine, l'inhalation de vapeurs de solvants est associé aux problèmes de dépendance chez les enfants, les personnes très pauvres et isolées et les peuples des Premières nations, en particulier depuis la forte publicité dont a fait l'objet la communauté de Davis Inlet[1-2]. En fait, comme les solvants sont bon marché et faciles à obtenir, ils sont utilisés le plus fréquemment par ces groupes. L'inhalation de la colle devient ainsi une activité chez certaines des personnes les plus pauvres de notre société. En associant ainsi enfants et Premières nations, le jugement et la capacité des peuples des Premières nations sont réduits et une image de gens qui « manquent de jugement » — c'est-à-dire de personnes qui ont besoin de directives fermes d'une autorité bienveillante — est évoquée dans un scénario culturel. Bien que l'exposé des faits de l'appelant ne mentionne pas l'héritage autochtone de M^me^ G., ni sa difficile situation économique et sociale, la description forte et répétée de son comportement de dépendance les laisse sous-entendre.

L'auteure ne soutient pas que M^me^ G. n'a pas inhalé de solvants, ni que l'inhalation de solvants n'a pas occasionné pour elle de graves problèmes. Ce qui est important, c'est la façon dont sa dépendance est décrite en termes répétitifs, détaillés et négatifs au début du mémoire de l'appelant et l'accent mis sur le genre de dépendance justifiant une intervention du tribunal en faveur du foetus.

Le second thème, manifeste dans 11 articles, met l'accent sur l'entêtement égoïste de M^me^ G. et son incapacité d'être un parent, ce qui accentue son côté puéril. On développe ce thème en retraçant les antécédents de parent de M^me^ G. à partir de la naissance de son premier enfant, son incapacité de s'améliorer dans un établissement résidentiel pour jeunes mères (article 2), son manque d'opposition à une ordonnance de tutelle permanente (3), son consentement à une ordonnance permanente pour son deuxième enfant (4), la prise en charge de son troisième enfant dès la naissance de celui-ci, l'utilisation éhontée de solvants avant et après cette naissance (5, 6, 7), son refus de traitement (8), les conséquences graves de sa toxicomanie sur ses enfants (9), son manque de soins prénataux (10),

---

[1] Les Innus Mushaau, qui habitaient Davis Inlet au Labrador, ont fait l'objet d'une publicité nationale en raison de l'inhalation de solvants par de nombreux membres de la communauté, y compris les enfants, au milieu des années 1990. La communauté de 500 personnes est en train de déménager à Natuashish sur la terre continentale du Labrador, plus près de son terrain de chasse traditionnel, et procède à sa reconstruction.

[2] Par exemple, l'exposé de principe de l'American Academy of Pediatrics sur l'abus de substances inhalées a été rédigé par le Committee on Substance Abuse et le Committee on Native American Child Care. On y précise que les causes de l'abus de substances inhalées sont la pression des pairs et le dysfonctionnement des familles et que, même si ce problème touche différents groupes culturels et économiques, il est plus généralisé chez les personnes à faible revenu et les enfants et les adolescents d'origine hispanique ou autochtone des États-Unis.

sa consommation durant la grossesse (11) et un nouveau refus de traitement (12). Dans tous ces cas, à une exception près, M^me^ G. s'est comportée volontairement de façon à nuire à ses enfants. Par exemple, elle a été incapable de stabiliser son mode de vie (2), elle est arrivée à l'hôpital en dégageant une odeur de solvants (5, 6) et elle a refusé constamment les offres de traitement (8, 12).

Le troisième thème (10 articles) décrit les efforts de divers organismes pour aider M^me^ G. et pour protéger ses enfants, et son refus ou son incapacité d'en tirer parti. La seule fois où M^me^ G. a demandé de l'aide pour elle-même (10), elle est allée à l'hôpital pour ses propres besoins médicaux et non pour ceux de son foetus. Les mesures prises pour l'aider à faire face à ses problèmes ont été importantes, dont un établissement résidentiel pour jeunes mères (2), les visites de travailleuses sociales de l'organisme (4, 8, 12), la prise en charge de ses enfants (3, 5, 6, 7), les soins hospitaliers (10, 11), les offres de traitement en établissement contre la toxicomanie (12) et, finalement, la détention obligatoire dans une institution médicale (14).

Comme l'appelant compte soutenir que le tribunal a la compétence et l'obligation de prendre des mesures dans cette affaire en raison des circonstances *atténuantes* de cette situation particulière, il est important que l'appelant projette une image très défavorable de M^me^ G. dès le départ — en ne la présentant pas comme une victime des circonstances, mais comme une protagoniste consciente de sa propre destruction et des lésions infligées au foetus. Elle apparaît, dans cette description, comme une enfant incorrigible.

Par ailleurs, l'intimée prévoit centrer ses arguments sur les limites de la loi relativement aux droits du foetus. Le style et le ton utilisés sont très différents : épurés, professionnels et centrés principalement sur les lois existantes. L'exposé des faits, neuf articles en tout, ne mentionne la dépendance que deux fois : que M^me^ G. a des antécédents d'abus chroniques de solvants et qu'elle avait un problème de toxicomanie. L'intimée mentionne seulement la dernière grossesse et le fait que M^me^ G. aurait refusé une fois, d'après les travailleuses et travailleurs sociaux de l'appelant, de se faire traiter. Le texte de l'intimée fournit une chronologie détaillée de l'historique de l'affaire (sept articles) et se concentre particulièrement sur le comportement et les opinions du premier juge relativement à un recours à la *Mental Health Act* et à la doctrine de *parens patriae*. Comme l'intimée n'a pas l'intention de baser sa cause sur l'utilisation des solvants et ses effets sur le foetus, elle ne voit pas la nécessité de présenter M^me^ G. sous un angle sympathique ni de souligner ses qualités.

Ainsi donc, la présentation d'ouverture très peu flatteuse de M^me^ G. par l'appelant constitue l'une des rares mentions d'elle dans tous les documents. Qui elle est, les expériences qu'elle a vécues, la situation qui l'a amenée à utiliser des solvants, etc., ces renseignements ne sont simplement pas fournis, car cette information n'est pas pertinente à l'argumentation des deux parties. Cependant, comme il s'agit de la déclaration d'ouverture du premier mémoire, la description de l'appelant donne le ton au sujet de M^me^ G. pour la lecture des textes subséquents.

Les questions en litige

Après l'exposé des faits, les deux mémoires abordent les questions de droit en jeu. L'appelant a cerné ces points juridiques dans les questions suivantes :

1. Une mère biologique, qui a choisi de mener son foetus à terme, a-t-elle un devoir de diligence envers ce foetus?
2. Si la réponse à la première question est « oui », dans quelles circonstances, le cas échéant, le tribunal peut-il intervenir pour faire observer ce devoir?

La première question commence par une affirmation selon laquelle une femme enceinte est une « mère biologique ». L'expression « mère biologique » est curieuse et elle est utilisée parfois pour distinguer cette mère de la mère adoptive et suppose que l'enfant est déjà né. L'utilisation de l'expression est importante ici pour l'argument de l'appelant : si la femme enceinte est une mère, le foetus doit être un enfant. Il y a aussi une affirmation selon laquelle une femme qui porte un foetus à maturité a choisi de le faire. Cette hypothèse ne tient pas compte de la réalité de la vie de nombreuses femmes, de la nature des dépendances et du manque d'accès universel à l'avortement. Elle masque des différences très réelles sur les plans des possibilités offertes aux femmes canadiennes et les fait apparaître égales. Elle présente aussi les femmes comme des êtres libres et indépendants, sans les rapports qui pourraient profondément influencer leurs décisions, particulièrement dans le cas de la grossesse. Cependant, il y a une certaine logique à mettre ainsi l'accent sur le choix. Les personnes favorables à l'avortement — qui plaident en faveur des droits de la femme — se disent « pro-choix » et ont fait campagne sur le droit des femmes de choisir. Si les femmes peuvent choisir l'avortement, n'est-il pas logique de supposer que si elles n'ont pas fait un tel choix c'est qu'elles ont choisi de mener leur grossesse à terme? L'utilisation de la voie active dans les questions renforce le message d'une femme libre et indépendante et met l'accent sur ses choix. L'incidence aurait été considérablement moindre si la question avait été : « Une mère biologique a-t-elle un devoir de diligence envers un foetus qu'elle a sciemment mené à terme? »

Cette hypothèse de la femme canadienne égale et indépendante est importante pour la deuxième partie de la question — a-t-elle un « devoir de diligence » envers son foetus? Cette expression a un sens juridique dans l'argumentation de l'appelant, car c'est une expression utilisée dans le droit de la responsabilité délictuelle pour définir les responsabilités entre les parties légales. C'est ici que l'appelant a introduit la notion que le foetus est une entité juridique. Bien qu'il ne soit pas impossible que l'appelant désigne d'autres personnes qui ont un devoir de diligence envers le foetus (p. ex. le père ou l'État), seule la mère est mentionnée. L'énoncé implique aussi que les femmes ont une capacité égale d'assurer les soins, aucune circonstance n'étant mentionnée afin de qualifier ce devoir de diligence (les ressources, la santé et la capacité). Ainsi donc, si les femmes ont la responsabilité et la capacité de faire diligence, leur incapacité de le faire doit être reliée à leur refus d'agir. Cet article établit aussi une dichotomie entre la femme et son foetus. De plus, on suppose que le devoir de diligence profitera au foetus, car autrement pourquoi l'affaire serait-elle portée devant les tribunaux? Ainsi, le bien-être du foetus est relié à la volonté de la femme d'assumer ses devoirs.

La deuxième question dirige notre attention vers la première question, où l'on trouve la mention « si la réponse est oui ». La deuxième question n'a de sens que si l'on est d'accord avec la première et elle nous incite à accepter le postulat sous-jacent de la première question : que les femmes qui ne prennent pas soin de leur foetus ne veulent tout simplement pas le faire et ont fait un choix dans ce sens. Notre attention est ensuite attirée sur les « circonstances », le cas échéant, qui indiquent un manquement intolérable au devoir. Compte tenu de la description faite de M^{me} G. dans l'exposé des

faits, il est difficile d'imaginer une description du manquement plus accablante. En soulevant la question des circonstances, on suppose qu'il est possible de les identifier et de les quantifier. On laisse aussi croire qu'il serait possible de s'entendre sur ces circonstances. L'intervention de la cour est proposée comme solution au problème des mères récalcitrantes, tout comme elle l'est pour les personnes qui refusent de se conformer à d'autres lois, établissant ainsi clairement un lien entre le comportement de la mère et un comportement contraire à la loi. On laisse aussi entendre que l'intervention de la cour pourrait forcer les femmes à obtempérer et ainsi résoudre le problème.

La première question attire l'attention sur les similitudes qui existent entre les femmes canadiennes en termes de ressources, de capacités, de liberté d'action et de devoirs maternels. La deuxième question nous oblige à établir une distinction entre ces femmes par rapport à une seule dimension, leur réticence à faire leur devoir, et à croire en la capacité du tribunal d'obliger les femmes à bien se comporter. Les questions s'appuient sur un postulat fondamental : chaque femme doit s'occuper, seule, d'elle et de ses enfants. Toute considération de la responsabilité sociale et des inégalités de la société canadienne, qui rend manifestement injustes les jugements fondés sur les seuls efforts individuels, est éliminée.

L'avantage que confère la possibilité d'être en mesure de définir le problème est considérable. Il attire immédiatement l'attention sur certaines questions et en laisse d'autres de côté. Il prépare le terrain pour la détermination de solutions.

L'argumentation : définir le problème

La troisième section des mémoires répond à ces deux questions. Le mémoire de l'appelant présente le comportement de la femme et ses effets sur le foetus comme étant le problème à résoudre. La reconnaissance des droits du foetus et l'intervention du tribunal pour protéger ces droits sont considérés comme la solution. Selon le mémoire de l'intimée, le problème qui est soumis à la cour est en fait la solution proposée par l'appelant : reconnaître les droits du foetus et avoir recours au tribunal pour les faire respecter. La solution de l'intimée est d'attendre les modifications législatives avant de reconnaître les droits du foetus. Comme le note le mémoire :

> Essentiellement, l'appelant demande à la cour d'instaurer un régime légal complet, qui va de l'établissement du droit aux règles de la preuve et de procédure nécessaires à l'exercice de ce droit et aux mécanismes d'application des décisions de la cour. L'intimée trouve que l'appelant demande à la cour de jouer le rôle de l'autorité législative... (15) [*Traduction*]

L'appelant répond à la première question — « Une mère biologique, qui a choisi de mener son foetus à terme, a-t-elle un devoir de diligence envers ce foetus? » — en définissant ce qui constitue un comportement normatif durant la grossesse. La première phrase renvoie à une opinion professionnelle selon laquelle la technologie médicale a fourni de précieux renseignements sur les effets nocifs de la consommation d'intoxicants pendant la grossesse, qui sont généralement connus des femmes (15). On affirme ensuite que la plupart des femmes prêtent une attention particulière à cette question pendant leur grossesse. Même certaines femmes toxicomanes reconnaissent l'importance de cette norme et modifient leur comportement durant leur grossesse, laissant ainsi

entendre qu'il est possible pour une femme de contrôler sa toxicomanie si elle se soucie suffisamment de la santé de son foetus (16). L'appelant cite les conclusions d'une étude américaine selon laquelle 80 p. 100 des mères toxicomanes à New York ont affirmé avoir réduit ou cessé leur consommation de drogue pendant la grossesse par crainte pour leur enfant (15). Malgré cela, l'argumentation poursuit dans cette voie en affirmant que de nombreux enfants ont subi des dommages attribuables à l'utilisation d'intoxicants (17, 18), ce qui indique que beaucoup de femmes semblent choisir de continuer à consommer de l'alcool ou des drogues (l'argumentation manque de cohérence sur ce point). L'argumentation invoque ensuite l'appui de plusieurs groupes, dont les groupes des Premières nations (19, 20), et souligne le nombre d'enfants des Premières nations et d'enfants confiés aux sociétés d'aide à l'enfance qui souffrent du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et des effets de l'alcoolisme foetal (EAF) (20, 21).

Le problème devient le comportement des « mères » qui ont choisi d'avoir des enfants, de continuer à consommer de l'alcool ou de la drogue et de ne pas tenir compte de renseignements médicaux bien connus. L'argumentation indique clairement la question à l'étude est le droit de la « mère » de faire ces choix, par opposition à la santé du foetus :

> La question fondamentale consiste donc à déterminer lequel des deux résultats est le moindre de deux maux. En tant que société, devrions-nous protéger et défendre le droit absolu de la mère, tout en reconnaissant que, dans certaines situations, l'enfant aura des lésions permanentes, ou devrions-nous restreindre les droits de la mère, dans des circonstances bien précises et bien définies, de façon à limiter le risque d'incapacité permanente chez l'enfant qu'elle a décidé de mettre au monde? (55) [*Traduction*]

L'argumentation de l'intimée n'aborde que brièvement la question de la toxicomanie de la femme pendant la grossesse et le droit de la femme de faire ses propres choix. Au contraire, elle minimise ces arguments en soulignant le nombre de comportements qui peuvent causer des dommages (tabagisme, exposition à la fumée secondaire, vivre avec un conjoint violent) et ainsi ouvrir la porte à un flot de litiges (41, 42, 43, 44, 45, 46). Plutôt que de récuser l'opinion de l'appelant sur le comportement des femmes, ces exemples renforcent la conviction que certaines femmes ont des comportements dommageables durant leur grossesse. Ainsi, les affirmations au sujet des femmes marginalisées, de leurs « choix » et des droits des femmes ne sont pas réfutées.

Bien que le mémoire de l'intimée ne traite pas de la perception que la mère a le droit de faire de mauvais choix pour le foetus, il aborde la question du droit à la liberté de mouvement. Dans une brève étude (deux articles), l'intimée ne plaide pas tellement au nom des femmes, mais plutôt au nom de l'ensemble des citoyennes et des citoyens. Dans la première phrase de l'argumentation, il est question des « femmes », des « gens » et d'une « personne ». L'argumentation se termine comme suit :

> L'intimée considère qu'un traitement médical imposé et qu'une détention obligatoire *d'une personne adulte mentalement capable* [italiques ajoutés] qui ne se livre pas à

> des activités illégales constituent une sérieuse atteinte *prima facie* à la liberté personnelle. (49) [*Traduction*]

Dans une section subséquente de son mémoire, l'intimée revient à la question de la liberté et de sa garantie en vertu de l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (53). Cette section traite de la nécessité d'assurer l'équité procédurale dans des causes comme celle-ci, de façon à ne pas porter atteinte à l'esprit de la *Charte*. Par exemple, il faut agir rapidement si quelque chose doit être fait pour le foetus. Mais, il faut aussi assurer un processus impartial et exhaustif, auquel a droit toute citoyenne ou tout citoyen. Cependant, l'appelant conteste cette notion. En invoquant les déclarations du juge Sopinka sur la justice fondamentale, l'appelant soutient qu'il est entièrement possible d'assurer une équité procédurale en se fondant sur l'application régulière de la loi et des mesures les moins interventionnistes possibles.

Ainsi, en fin de compte, le droit des « mères » est défini de façon restrictive dans l'argumentation de l'appelant, comme le droit d'une femme de choisir une vie vide de sens et destructive qui lui est préjudiciable ainsi qu'à d'autres personnes innocentes. Nulle mention n'est faite de son droit à un revenu suffisant, aux soins de santé, aux possibilités d'emploi ou d'éducation. Le nombre et le type de « mères » qui veulent exercer ce droit n'est pas défini de façon explicite et la seule mention de ces mères implique qu'elles sont principalement des femmes pauvres et des femmes membres des Premières nations. Cette perception des droits n'est pas contestée par l'intimée.

L'argumentation : définir la solution

Le cœur des deux mémoires porte principalement sur les précédents jurisprudentiels traitant des droits distincts du foetus par rapport à ceux de la femme qui le porte. L'appelant cite des lois et des décisions qui ont octroyé à des enfants des droits à dommages-intérêts pour les lésions subies *in utero* et demande avec insistance à la cour d'étendre l'application de la loi à la protection du foetus « choisi ». L'intimée soutient que, malgré l'existence de précédents qui ont octroyé à des enfants de tels droits, rien dans la loi ne leur accorde de droits avant la naissance. En fait, c'est la décision contraire qui a été rendue le plus souvent. Le fait d'accorder ces droits dans le présent cas ouvrirait une boîte de pandore pour toutes sortes de questions controversées, comme celle de l'avortement.

L'appelant propose pour la première fois sa solution au problème — reconnaissance des droits du foetus et intervention du tribunal — en citant des exemples des États-Unis où les tribunaux ont autorisé des interventions médicales et des détentions à l'hôpital contre la volonté des femmes, mais dans l'intérêt du foetus (24, 25). Il mentionne que la législation américaine autorise le signalement obligatoire des risques d'exposition du foetus à des substances réglementées, les services volontaires et la détention obligatoire dans des centres de traitement (26). Mais c'est une stratégie risquée que de citer des précédents américains. Pour certains Canadiens et Canadiennes, le fait que cela se fasse aux États-Unis est une raison suffisante pour ne pas le faire au Canada, étant donné la grande différence entre les populations et les politiques sociales. Les Canadiennes et les Canadiens sont fiers de leur société mieux disciplinée, où règne davantage la compassion. Par ailleurs, la judiciarisation et les législations d'une puissante nation voisine peuvent stimuler le nationalisme dans un autre sens, et créer le désir d'être « de son temps ». Citer une autorité très prestigieuse, voilà la méthode utilisée

par l'appelant pour définir le problème (l'application de la médecine) et pour proposer la solution (les tribunaux américains).

L'appelant revient ensuite à la notion du « choix des femmes » et affirme que les seuls foetus protégés par la loi sont ceux que la mère a l'intention de mener à terme (27). Cette affirmation est importante pour l'appelant, qui veut s'assurer que la question de l'avortement ne fasse pas surface. L'intimée parle avec passion de l'absurdité du fait qu'un foetus a le droit légal de poursuivre sa mère (même s'il n'est pas né), qui est fondé seulement sur l'intention de celle-ci de le mettre au monde, puisque cette situation pourrait changer à tout moment et pour un grand nombre de raisons, alors qu'un autre foetus que la mère n'avait pas l'intention de mettre au monde n'aurait pas un tel droit. Dès le début, l'intimée aborde la question de l'avortement, en citant le jugement écrit de l'affaire Tremblay c. Daigle (1989). En effet, si nous offrons des droits légaux à certains foetus, rien ne justifie de ne pas les accorder à tous les foetus. Nous ne pouvons, d'une part, permettre l'avortement et, d'autre part, accorder des droits au foetus. Relier cette question au débat sur l'avortement est une stratégie juridique puissante et émotive, qui établit des liens avec toutes les causes qui ont échoué, avec toute la rhétorique sur la question et avec les angoisses vécues par les fonctionnaires de la cour, les législatrices et législateurs et le public en général.

L'intimée élargit immédiatement le débat, en passant de la présente affaire à ses ramifications avec d'autres parties de la loi :

> Nous estimons qu'il serait difficile de concevoir une question de droit qui présente plus de complications, de permutations et de conséquences possibles que celle à l'étude. Toute modification à la loi pourrait, à tout le moins, avoir des répercussions sur chaque femme qui est, ou qui sera, en âge d'avoir des enfants. Il est cependant plus probable que ces modifications touchent chaque citoyenne et citoyen du Canada... (30) [*Traduction*]

Bien qu'efficace du point de vue juridique, la stratégie a pour effet de passer sous silence le problème qui nous occupe et semble ne pas se soucier du problème du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et des effets de l'alcoolisme foetal (EAF). C'est particulièrement vrai lorsque l'intimée compare le foetus à une autre partie quelconque de son corps, soulignant l'absurdité d'imposer une obligation de diligence à l'endroit d'une partie du corps et pas d'une autre. Bien que logiques en un certain sens, les arguments semblent froids et révèlent un manque de sens commun et de considération pour les enfants. En fait, l'intimée soutient qu'il ne faut pas reconnaître les droits du foetus parce que cette reconnaissance va causer toutes sortes de problèmes et de difficultés juridiques, et non pas parce qu'elle est mauvaise en soi. Ce message ambigu va plus loin lorsque l'intimée propose une solution.

Même s'il semble que l'intimée conteste l'opportunité d'incarcérer des femmes enceintes, une analyse minutieuse du texte démontre qu'il n'en est rien. L'intimée soutient plutôt que la difficulté réside dans la détermination des comportements malsains qu'il conviendrait de restreindre (43, 44), la détermination de ces comportements (45, 46) et l'établissement ainsi que l'application des recours (47-62). L'intimée soutient que le tribunal n'a pas compétence pour traiter des droits du foetus et affirme ne pas avoir d'opinion relativement à l'octroi de droits au foetus, maintenant ou dans

l'avenir, ni quant à savoir si ces droits devraient être exercés en exigeant une conduite particulière de la part de la mère. Par exemple, l'intimée déclare que, *pour des raisons de politiques sociales*, une assemblée législative, sans chercher à entraver l'accès de la femme à l'avortement, *pourrait* choisir d'adopter une loi qui impose certaines normes de conduite aux femmes enceintes... (28). La solution de l'intimée dans cette situation consiste à renvoyer la question aux législatures, le forum dûment constitué pour décider de ces questions. En renvoyant la question à l'autorité législative et en convenant qu'une intervention législative peut être à la fois possible et utile, l'intimée donne de la crédibilité à l'argument de l'appelant d'une part, tout en discréditant son applicabilité devant le tribunal d'autre part.

Le sommaire des mémoires

Les mémoires ont présenté deux définitions et solutions très différentes du problème. L'appelant soutient que le problème se situe dans le comportement conscient et dommageable d'un petit nombre de femmes enceintes et que la loi est suffisamment souple pour permettre leur détention tout en satisfaisant aux exigences de la *Charte des droits et libertés*. L'intimée allègue que les problèmes relatifs à la détention de ces femmes sont tellement importants dans le contexte de la présente loi que la solution consiste à renvoyer l'affaire aux législatrices et législateurs et à leur laisser le soin de trancher cet épineux problème. En invoquant ces arguments, l'appelant et l'intimée ont laissé plusieurs affirmations non contestées. Quelques-unes d'entre elles, qui ont trait particulièrement aux questions initiales de la recherche, ont été choisies et résumées plus loin. Elles serviront de cadre à l'analyse de la décision de la Cour suprême, soit des rapports majoritaire et minoritaire, visant à déterminer dans quelle mesure elles ont été abordées. Bien que ces affirmations servent de point de départ, l'intention n'est pas d'analyser la décision de la Cour suprême de façon aussi détaillée que dans le cas des mémoires, puisque ces documents sont semblables. Voici quelques hypothèses importantes puisées dans les mémoires :

Liens entre la toxicomanie et la lésion foetale :

- l'inhalation de vapeurs de colle pendant la grossesse a un effet permanent sur le développement du foetus et la santé de l'enfant, ce que la science médicale peut prouver;
- l'inhalation de vapeurs de colle pendant la grossesse est une habitude de vie, choisie librement par des femmes irréfléchies, et les traitements contre la toxicomanie sont faciles à obtenir.

Au sujet de l'inégalité :

- aucune circonstance particulière et atténuante n'explique le comportement de M^{me} G.;
- les femmes ont un accès égal à l'avortement et peuvent choisir librement la maternité si elles ne se font pas avorter;
- les Canadiennes sont également capables de s'occuper de leurs enfants et assument la principale responsabilité à cet égard.

Au sujet du traitement et du soutien de la famille :

- le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme est offert gratuitement et certains organismes, tel l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg, offrent des services appropriés pour les mères comme M^me^ G. afin de les aider à prendre soin de leurs enfants.

Au sujet des avantages d'une intervention obligatoire :

- la santé du foetus s'améliorera si les femmes font l'objet d'une détention quelconque.

Par ailleurs, les deux argumentations au sujet de la notion des droits du foetus étaient sensiblement différentes, l'appelant citant longuement la loi pour indiquer pourquoi les droits du foetus pouvaient s'appliquer dans cette situation, et l'intimée indiquant pourquoi de tels droits n'existent pas aux termes de la loi.

Données et analyse de la décision de la Cour suprême

La décision de la Cour suprême comptait 142 articles, dont 59 qui présentaient l'opinion de la majorité (Lamer, La Forest, L'Heureux-Dubé, Gonthier, Corry, McLachlin et Iacobucci), et 80, celle de la minorité (Major et Sopinka). La décision est présentée à la manière des mémoires, avec un exposé des faits, les questions ou les jugements à étudier, l'analyse et la conclusion. Le rapport majoritaire et le rapport minoritaire sont étroitement liés aux arguments présentés dans les mémoires. Le rapport majoritaire fait valoir son point de vue en fonction de trois points de droit :

1. Le droit de la responsabilité délictuelle permet-il d'ordonner la détention et le traitement d'une femme enceinte afin d'empêcher qu'un préjudice ne soit causé à l'enfant à naître?
2. La compétence *parens patriae* de notre cour justifie-t-elle le prononcé, à l'égard d'une femme enceinte, d'une ordonnance de détention et de traitement afin d'empêcher qu'un préjudice ne soit infligé à l'enfant à naître?
3. Questions d'ordre constitutionnel : le rapport majoritaire répond « non » aux deux premières questions, et la troisième, sur la constitutionnalité de l'ordonnance, n'a pas à être tranchée en raison des réponses négatives aux deux premières questions. Le rapport majoritaire conclut :

> [...] que la common law ne confère pas aux tribunaux le pouvoir d'ordonner la détention d'une femme enceinte afin d'empêcher qu'un préjudice ne soit causé à l'enfant qu'elle porte. Vu l'ampleur des modifications préconisées et leurs répercussions possibles, il n'est pas non plus opportun que les tribunaux étendent leur compétence et se reconnaissent le pouvoir de rendre une telle ordonnance. Il est préférable de laisser aux élus le soin de décider s'il y a lieu de modifier les règles de droit comme le souhaite l'appelant. Je suis d'avis de rejeter le pourvoi. (DCS, rapport majoritaire, 59).

Le rapport minoritaire soutient que la doctrine *parens patriae* peut s'appliquer à ce cas et à d'autres semblables et conclut :

> L'intervention limitée proposée dans le présent pourvoi est dans l'intérêt :

a) de la mère, car elle a toujours le choix de se faire avorter,
b) du foetus, car elle le mettra à l'abri d'un préjudice grave et irréparable et lui donnera une chance raisonnable de mener une vie normale après la naissance,
c) des gouvernements canadiens, car cela les dispensera de consacrer inutilement des fonds au soin de l'enfant atteint d'une déficience mentale parce que la toxicomanie de la mère n'a pas pu être refrénée.

> J'accueillerais le pourvoi et déclarerais que l'ordonnance du juge Schulman enjoignant à l'intimée de s'abstenir de consommer des substances intoxicantes et de vivre dans un endroit sûr jusqu'à la naissance de son enfant, relevait de sa compétence *parens patriae*. (DCS, rapport minoritaire, 141).

La section suivante n'examinera pas les décisions comme telles, mais plutôt la façon dont les hypothèses avancées dans les mémoires ont été contestées ou renforcées dans le rapport majoritaire et dans le rapport minoritaire de la décision de la Cour suprême.

Liens entre la toxicomanie et la lésion foetale

La décision de la Cour suprême (opinion majoritaire et opinion minoritaire) établit un lien direct entre l'inhalation de vapeurs de solvants et l'incapacité permanente du foetus, en poussant plus loin les affirmations du mémoire de l'appelant[3]. L'opinion majoritaire amorce le sommaire de son argumentation par la déclaration suivante :

> En août 1996, l'intimée était enceinte de cinq mois d'un quatrième enfant. Elle inhalait de la colle, et sa dépendance était de nature à endommager le système nerveux du foetus. En raison de sa dépendance, deux de ses enfants sont nés avec des handicaps permanents et ils ont été placés sous la tutelle permanente de l'État. (sommaire de la DCS).

---

[3] Le mémoire de l'appelant semble moins sûr d'établir un lien direct que les déclarations de la décision de la Cour suprême, en ne mentionnant qu'un retard dans le développement général comme symptôme démontré par ses deux enfants, et en omettant certains des effets secondaires plus sérieux qui sont possibles. L'appelant mentionne les liens entre l'usage de solvants et le développement du foetus dans deux articles de son mémoire :

> « Il est ressorti d'évaluations du développement des deuxième et troisième enfants de D.F.G., faites alors qu'ils étaient sous la garde de l'Office, qu'ils souffraient tous les deux de retard de développement global, une déficience congénitale qu'on observe chez les enfants exposés à des solvants *in utero*. » (cahier d'appel, pages 22, 37) (10).

et

> « Le Dr Albert Chudley, professeur au département de pédiatrie ainsi qu'au département de génétique humaine, a dit dans son affidavit que les solvants organiques utilisés par les usagers à répétition étaient neurotoxiques pour le cerveau du foetus. Les enfants exposés *in utero* à de telles substances peuvent souffrir de dysfonctionnement du système nerveux central, de retard de développement, de trouble déficitaire de l'attention et de microcéphalie. Des études expérimentales ont démontré que l'exposition chronique aux solvants pouvait provoquer un retard de croissance et de développement intra-utérins et la mort du foetus. » (13).

L'intimée ne fait aucune mention de cette question, et se contente de dire qu'elle avait de longs antécédents d'abus de solvants et qu'elle était enceinte de 22 semaines au moment de l'intervention de l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg.

> Elle a cessé d'inhaler de la colle et, en décembre, elle a donné naissance à un enfant apparemment normal dont elle s'occupe depuis. (DCS, rapport majoritaire, 2).

Au moment de la décision de la Cour suprême, l'enfant avait six mois et était donc beaucoup plus jeune que les autres enfants de M^me^ G. Il serait très difficile de déterminer les effets de l'inhalation de colle sur un enfant de cet âge, et pourtant cela n'est pas mentionné.

L'opinion minoritaire établit aussi le même lien direct entre l'inhalation des vapeurs de colle par la mère et le handicap permanent de l'enfant. Une comparaison des articles 68 à 87 de la décision de la Cour suprême (rapport minoritaire) aux articles 2 à 14 (mémoire de l'appelant) indique que tous les faits présentés au sujet de M^me^ G. par l'appelant se trouvent dans la décision de la Cour suprême. Cependant, quelques-uns ont été ajoutés, dont l'affirmation que son deuxième enfant est né « irrémédiablement handicapé » et que son troisième enfant est né « lui aussi irrémédiablement handicapé » (rapport minoritaire de la DCS, article 70). Ces affirmations n'ont pas été citées et aucune preuve d'examen de ces enfants n'est soumise. Le rapport minoritaire conclut que le traitement obligatoire devrait être permis dans l'intérêt :

> [...] des gouvernements canadiens, car cela les dispensera de consacrer inutilement des fonds au soin de l'enfant atteint d'une déficience mentale parce que la toxicomanie de la mère n'a pas pu être refrénée. (DCS, rapport minoritaire, 141).

Les juges de la Cour suprême semblent accepter l'association entre le « retard de développement global » et « handicap permanent » et relier les deux à l'absorption de substances intoxicantes.

Un avertissement accompagne ces remarques générales. La décision majoritaire précise, dans un autre article, que les deux enfants avaient « subi un préjudice » en raison de la dépendance de leur mère à l'égard des vapeurs de la colle (5) et ajoute plus loin que la science établit que :

> [...] le fait que la détermination de ce qui est susceptible d'infliger un préjudice grave et irréparable au foetus — le critère applicable en matière d'injonction — est une tâche difficile à laquelle se consacrent inlassablement les chercheurs dans le domaine médical. Être au fait des plus récentes recherches et de leurs conséquences pourrait faire la différence entre l'internement et la liberté, entre la condamnation à des dommages-intérêts et l'irresponsabilité. (DCS, rapport majoritaire, 40).

L'auteure n'a aucunement l'intention de nier la gravité de la toxicomanie sur le foetus. Cependant, il est important de signaler que la décision de la Cour suprême n'a pas ajouté grand-chose à notre compréhension des difficultés liées à la détermination des effets réels sur un enfant de l'ingestion de substances par sa mère. La science est rudimentaire et exige plus d'efforts et d'attention. On connaît davantage l'effet de l'alcool et beaucoup moins l'effet de l'inhalation de vapeurs de solvants, du moins sur l'embryon. Comme l'inhalation des vapeurs de colle est le lot des femmes les plus défavorisées, les recherches sur ses effets peuvent être moins prioritaires. Supposer que nous « savons » c'est ne pas tenir compte de la nécessité de faire beaucoup plus de recherches dans ce domaine.

La toxicomanie est un choix de vie

Il n'est pas surprenant que la question de la toxicomanie ne soit pas soulevée souvent dans le texte étant donné la nature des arguments présentés de part et d'autre. L'opinion majoritaire fonde l'un de ses plus forts arguments contre l'incarcération des femmes pour usage d'intoxicants sur le spectre des risques de dérapage — si l'on doit punir l'usage d'intoxicants, quelles substances (tabac, alcool, fumée secondaire, etc.), quels montants et quels comportements s'appliquent?

> [Une femme] pourrait [...] être tenue responsable pour tout comportement qui, en cours de grossesse, a pu nuire au foetus, y compris le fait de ne pas manger convenablement, de prendre des médicaments délivrés sur ordonnance ou en vente libre, de consommer de la drogue, de fumer, de boire de l'alcool, de s'exposer à une maladie infectieuse ou à un risque professionnel, de se livrer à des rapports sexuels ou à des exercices immodérés, de résider en haute altitude pendant des périodes prolongées ou d'avoir recours à un anesthésique général ou à des médicaments pour accélérer le travail lors de l'accouchement. (DCS, rapport majoritaire, 39).

Toute une section de l'opinion majoritaire est intitulée « c) Reconnaître l'existence d'une cause d'action liée au choix d'un mode de vie susceptible de nuire à autrui » et commence avec l'énoncé suivant :

> Si les difficultés que suscite l'autorisation de l'action intentée par l'enfant à naître contre sa mère pouvaient être surmontées, un autre problème surgirait: l'enfant à naître pourrait-il la poursuivre pour le choix d'un mode de vie?... À ce jour, tribunaux et législateurs n'ont permis l'exercice d'un tel droit qu'à l'égard d'un préjudice subi lors d'un accident de la route. (DCS, rapport majoritaire, 30).

L'expression « choix d'un mode de vie » est utilisée à douze reprises dans le rapport majoritaire pour décrire la consommation de substances intoxicantes. Dans cet argument, la dépendance aux substances correspond à l'alcoolisme et est reliée à une série d'autres activités qui sont contre-indiquées durant la grossesse. Ces activités sont perçues le plus souvent comme des choix sur lesquels les gens peuvent exercer plus de contrôle, plutôt que comme des comportements pathologiques ou déviants. Même si cet argument permet de comprendre que de nombreux facteurs contribuent à assurer la naissance d'un bébé en santé, l'emprise et la nature des dépendances graves par rapport à un comportement qui peut être nuisible sont minimisées.

Le fait de minimiser le pouvoir de la dépendance appuie aussi l'un des principaux arguments du rapport minoritaire. D'après cet argument, si M^{me} G. et d'autres personnes dans sa situation font sciemment des choix nuisibles pour le foetus, elles devraient être détenues contre leur volonté :

> Puisque la femme enceinte a le droit de choisir le mode de vie qui lui convient, le pouvoir d'intervention de la cour pour protéger le foetus doit être limité aux cas exceptionnels, alors qu'il existe, selon la norme de preuve applicable au civil, une probabilité raisonnable que le comportement de la mère causera un préjudice grave et irréparable à l'enfant à naître. (sommaire minoritaire DCS).

Le rapport minoritaire soutient également que la doctrine de *parens patriae*, l'autorité de la législation de protection de l'enfance, peut être invoquée pour appuyer l'intervention du tribunal dans ce cas-ci et il est donc à leur avantage de dépeindre les mères comme des personnes qui infligent des mauvais traitements aux enfants :

> La portée de la compétence *parens patriae* des cours supérieures est indéfinie et indéfinissable. Il ressort de l'arrêt de notre Cour *E. (M^me^) c. Eve*, [1986] 2 R.C.S. 388, que les cours supérieures des provinces ont le pouvoir inhérent d'agir pour le compte de ceux qui ne peuvent prendre soin d'eux-mêmes. Or, le foetus qui souffre en raison du comportement abusif de sa mère fait précisément partie de cette catégorie et il mérite cette protection. (DCS, rapport minoritaire, 91).

Un autre avertissement s'impose au sujet de ces remarques. Bien qu'aucune des deux parties n'ait accordé beaucoup d'attention à la question de la toxicomanie, le rapport majoritaire fait allusion à l'emprise et au caractère destructif de ce problème.

> Il n'y a pas de bons et de méchants ici. C'est une histoire plus prosaïque, bien trop fréquente, où des gens s'efforcent de faire de leur mieux face à l'insuffisance des ressources et aux ravages de la toxicomanie. (article 5).

Le rapport majoritaire traite aussi de la toxicomanie et de ses causes, bien que brièvement, quand il soutient qu'il est possible que la sanction de la responsabilité délictuelle ne soit pas efficace :

> Une autre difficulté est le fait que le «choix» d'un mode de vie, manifesté par la consommation d'alcool, la toxicomanie ou une mauvaise alimentation, peut être attribuable aux circonstances et à la maladie plutôt qu'à l'exercice d'un libre-arbitre sur lequel la sanction de la responsabilité délictuelle pourrait avoir un effet dissuasif.
>
> Considérer la femme enceinte toxicomane comme une personne infligeant de mauvais traitements au foetus, c'est passer sous silence les circonstances qui concourent à l'existence de problèmes comme la toxicomanie et la malnutrition, notamment l'insuffisance de soins prénatals de qualité, la pauvreté et l'absence de traitement destiné aux toxicomanes. (DCS, rapport majoritaire, 41).

Au sujet du traitement de la toxicomanie et des avantages d'un traitement obligatoire

La possibilité de suivre un traitement approprié pour les femmes enceintes n'est pas mentionnée dans la décision, sauf très brièvement à trois endroits : lorsque le rapport minoritaire indique qu'un traitement comportant un important contenu culturel autochtone a été offert à M^me^ G. (81), lorsque le rapport majoritaire note un manque de ressources (5) et lorsqu'il indique l'absence de traitement (41). Comme le rapport minoritaire reprend tous les détails de l'exposé des faits de l'appelant, il donne l'impression que, dans le cas qui nous intéresse, les organismes de lutte contre l'alcool et la drogue et les services d'aide à l'enfance ont fait un effort supplémentaire pour M^me^ G., sans résultat notable. Sans étudier pleinement la gamme réelle de services offerts et les sérieuses lacunes des

méthodes de traitement pour les femmes enceintes, l'impression demeure que le problème se situe au niveau de la toxicomane et non pas du système de traitement ou de l'ensemble de la collectivité.

Les avantages de la détention ou du traitement obligatoire ont donné lieu à un débat fort animé dans la décision de la Cour suprême. Les deux rapports ont admis que M^me^ G. a cessé de prendre de la drogue au moment où elle est entrée au centre de traitement et a donné naissance à un enfant qui semble en santé (rapport minoritaire, 129; rapport majoritaire, 2). En se fondant sur ce succès, le rapport minoritaire soutient en outre que la détention dans établissement de santé adéquat n'est pas un châtiment, mais est infligée à des fins de traitement, et qu'une mère pourrait refuser d'être traitée mais demeurer en détention, ce qui permettrait d'éviter l'absorption de toxines nocives (rapport minoritaire, 125). Le rapport majoritaire conteste cette notion en la qualifiant de simpliste et en mentionnant les problèmes qu'occasionnerait la détention aux femmes surveillées par leurs amies et amis et leur famille, qui se trouveraient alors isolées de tout soutien (42). Il ajoute que les mesures pourraient contribuer à occulter les problèmes et persuader les femmes de se faire avorter, déclarant :

> La femme qui souffre d'une dépendance à l'égard d'une substance intoxicante peut ne pas supporter l'idée d'être privée de celle-ci et juger préférable de mettre fin à sa grossesse. En fin de compte, l'ordonnance rendue afin de protéger la santé du foetus pourrait entraîner sa destruction. (44).

On donne clairement l'impression aux lectrices et aux lecteurs que, même si le traitement obligatoire a été efficace dans ce cas, la question du traitement obligatoire est loin d'être une solution simple et peut comporter de sérieux inconvénients.

Au sujet des peuples et des femmes des Premières nations

Le fait que M^me^ G. soit une femme des Premières nations n'est pas mentionné du tout dans le rapport de la majorité. La seule mention de l'importance de la race est faite dans le contexte des personnes qui seraient les plus touchées par une loi visant à détenir une femme enceinte :

> Être au fait des plus récentes recherches et de leurs conséquences pourrait faire la différence entre l'internement et la liberté, entre la condamnation à des dommages-intérêts et l'irresponsabilité. Les femmes enceintes les plus susceptibles d'être pénalisées par cette exigence liée à la « connaissance » appartiendraient aux groupes socio-économiques défavorisés. Les femmes analphabètes, peu instruites ou appartenant à des groupes minoritaires seraient les plus susceptibles de contrevenir à la loi en manquant à la nouvelle obligation qui leur serait faite, et de s'exposer ainsi à une injonction et à une éventuelle condamnation à des dommages-intérêts. » (DCS, rapport majoritaire, 40).

Bien que ces affirmations soient probablement exactes, elles n'expliquent pas pourquoi ces femmes seraient plus touchées par la loi. Par exemple, la lectrice ou le lecteur pourrait facilement conclure que les femmes minoritaires, les femmes analphabètes et les femmes peu instruites seraient plus portées à prendre de l'alcool ou de la drogue durant leur grossesse. L'autre conclusion — le lien entre la pauvreté et la capacité d'obtenir une assistance judiciaire de qualité — n'est pas aussi

évidente. L'expression « femmes appartenant à des groupes minoritaires » est très imprécise et englobe probablement toutes les femmes qui ne sont pas européennes. Bien que la situation des femmes autochtones soit très différente de celle des femmes appartenant à d'autres groupes raciaux et culturels du Canada, cette distinction n'est pas faite. Il existe une autre hypothèse : comme de toute façon ces femmes sont pauvres et marginalisées, il est inutile de les poursuivre pour les lésions causées à leur foetus.

Le rapport minoritaire parle plus directement de la descendance autochtone de M^me^ G. La première mention décrit le programme de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie dont pouvait se prévaloir M^me^ G., qui comportait « un important contenu culturel autochtone » (81). Les principales mentions, toutefois, parlent d'une « situation de crise » dans plusieurs communautés autochtones relativement au syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et de l'effet de l'alcoolisme foetal (EAF), citant deux études manitobaines (Moffatt *et al.*, 1996; le Manitoba Children and Youth Secretariat, 1997). Les preuves de cette crise ont été fournies par le Manitoba Tribal Council NADAP Coordinators and Treatment Directors Committee (le personnel chargé de l'alcoolisme et de la toxicomanie), par une personne non identifiée qui témoignait devant la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, et par les Southeast Child and Family Services et les West Region Child and Family Services, qui fournissent des services aux enfants et aux familles de 18 collectivités autochtones du Manitoba. Ces derniers organismes avaient la qualité d'intervenant et ont pressé le tribunal :

> [...] de créer un recours en justice dont ils pourraient se servir dans la lutte qu'ils mènent contre le SAF et les EAF. Ces intervenants ont soutenu qu'un tel recours serait compatible avec la vision du monde des autochtones et qu'il y avait lieu de faire évoluer la common law afin de favoriser la résolution d'un problème qui concerne particulièrement les autochtones. (DCS, rapport minoritaire, 88(v)).

Les voix autochtones qui sont reconnues dans le rapport minoritaire sont celles de professionnelles et professionnels qui travaillent dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans une province et d'un intervenant non identifié devant la Commission royale d'enquête. Leurs opinions sont importantes, mais elles proviennent d'une position particulière. Le texte donne toutefois l'impression qu'il y a consensus parmi les peuples autochtones au sujet de la crise et du traitement obligatoire. Il n'y a pas d'autre mention des peuples autochtones.

Rien ne pourrait être plus nuisible à la compréhension de la « crise » à laquelle les peuples autochtones sont confrontés que les énoncés qui précèdent et qui sont faits sans aucune mention de l'histoire de la colonisation au Canada, des abus juridiques, économiques, sociaux et personnels que les peuples autochtones ont endurés et de leur lutte pour se remettre de cette histoire préjudiciable. La crise est présentée comme celle de femmes autochtones qui ont des bébés souffrant de lésions congénitales. « Or, rien ne laisse présager une diminution de ces taux. » (rapport minoritaire DCS, 88 (iv)). L'extrapolation des propos de quelques Autochtones pour laisser entendre qu'il y a une « position autochtone » sur cette question atténue les grandes différences et fait en sorte qu'ils sont traités comme un groupe unique. Les progrès réalisés par plusieurs communautés autochtones relativement à cette question sont perdus. Les grandes divergences d'opinions entre les communautés

et les gens sur une foule d'autres questions sont également oubliées. Les stéréotypes deviennent ainsi enracinés plus profondément.

Au sujet des droits du foetus

L'un des arguments les plus puissants du rapport minoritaire établit un lien entre les progrès de la technologie médicale et les droits du foetus. Bien que l'argument de l'appelant n'ait pas attaché beaucoup d'importance au principe de la « naissance vivante », il est important de noter que son argument laisse prévoir cette discussion, en débutant par la déclaration suivante :

> La technologie médicale nous permet de suivre le développement du foetus de la conception à la naissance, nous fournissant ainsi une information très tangible. [*Traduction*]

Le rapport minoritaire commence à l'article 60 et se termine à l'article 142, et compte donc 80 articles, dont 18 (102-120) qui portent directement sur le principe de la « naissance vivante ». Le rapport conteste la notion que le principe de la « naissance vivante » devrait s'appliquer à la jurisprudence contemporaine en raison des énormes progrès de la science médicale au sujet du développement du foetus :

> La technologie médicale actuelle a rendu le principe de la « naissance vivante » désuet et injustifiable. Les moyens technologiques tels l'échographie en temps réel, les moniteurs de fréquence cardiaque foetale et la foetoscopie pouvant clairement démontrer que le foetus est bien vivant ou qu'il a subi ou subira des lésions en raison du comportement d'autrui, nous n'avons plus besoin de nous accrocher à une présomption en matière de preuve établissant le contraire. Il est possible de mesurer le développement du foetus avec beaucoup plus de certitude qu'on ne le supposait en common law. Comment la microchirurgie de pointe que l'on pratique actuellement sur des foetus *in utero* peut-elle être compatible avec le principe de la « naissance vivante »? (109)

> Cependant, il est tentant de présumer que les tribunaux qui, dans le passé, ont considéré que le principe de la « naissance vivante » constituait une règle de droit substantiel, disposaient des mêmes connaissances que celles dont nous disposons aujourd'hui en ce qui concerne le développement du foetus. Vu que la technologie médicale s'est améliorée au point d'éliminer presque tous les problèmes de preuve à l'origine du principe de la «naissance vivante», il n'est plus logique de conserver ce principe, étant donné que son application serait erronée. (110).

Le rapport majoritaire ne s'attarde pas sur ces affirmations, se contentant d'indiquer que des deux arguments en faveur de l'extension des droits légaux du foetus, celui selon lequel il n'y a « aucune différence justifiable entre l'enfant né et l'enfant à naître » est essentiellement « un argument d'ordre biologique » (25). Ainsi, l'argument lancé pour débat public est puissant, les progrès de la science médicale ayant maintenant estompé la distinction entre un enfant à naître et un enfant né à un point tel qu'il est ridicule de conserver ces distinctions dans la loi. Le foetus peut maintenant être un

patient et, selon certaines personnes, un étudiant; il devrait donc être possible de le considérer comme une partie à un litige. Ces mêmes technologies maintiennent aujourd'hui des gens en vie alors que par le passé ces personnes seraient mortes, ce qui étend et complique nos définitions de la vie même. Les femmes enceintes sont victimes du flou entre ces distinctions : une femme enceinte a dit récemment qu'elle ne souhaitait pas subir un ultrason et, après avoir été persuadée d'en avoir un, ne voulait pas connaître le sexe de son enfant. Elle a dit que ses amies nommaient maintenant leurs enfants avant leur naissance, qu'elles avaient des photos de leurs enfants et parlaient d'eux comme s'ils étaient nés à cause des technologies de l'ultrason. On ne sait pas si la règle de la « naissance vivante » résistera à ces progrès, mais cela semble peu probable.

Au sujet des droits de la femme

L'hypothèse la plus dommageable que l'on retrouve dans l'ensemble de la décision de la Cour suprême porte sur la restriction des droits des femmes relativement à leur prérogative de choisir leur « mode de vie », c'est-à-dire ce qu'elles font, où elles vont, ce qu'elles mangent et avec qui, etc. Bien que le droit à la liberté de mouvement soit crucial, le conflit entre ce droit et les autres droits des femmes fait abstraction des nombreux droits pour lesquels les femmes ont lutté, dont le droit de vote, le droit de demander une pension et le droit de récupérer le statut d'Indienne ou d'Indien. Par ailleurs, la notion selon laquelle les femmes qui jouissent d'une liberté de mouvement feront des choses qui nuiront à leurs enfants va dans le sens de la bataille de longue date menée par les femmes au sujet de leur autonomie et des effets de cette autonomie sur leurs enfants. Le stéréotype féministe le plus tenace est probablement que ces femmes accordent davantage d'importance à leur liberté qu'aux soins à accorder à leurs enfants et à leur famille et que l'un l'emporte nécessairement sur l'autre. Les notions des droits de la femme présentées dans la décision de la Cour suprême perpétuent ces mythes.

En conclusion

La décision de la Cour suprême a permis, à n'en pas douter, de faire avancer à plusieurs égards la question de la toxicomanie chez la femme enceinte. Bien qu'il y ait plusieurs différences entre le rapport majoritaire et le rapport minoritaire de la décision de la Cour suprême, ces rapports contiennent néanmoins quelques similitudes sur la nature du problème. Le rapport majoritaire, contrairement au rapport minoritaire, précisait que la reconnaissance des droits du foetus poserait un problème considérable aux termes de la loi actuelle, sans toutefois indiquer que rien ne devait être fait au sujet de la question des femmes qui consomment des intoxicants pendant leur grossesse. Il renvoie plutôt la question au législateur. Le rapport minoritaire exhorte à aborder la question plutôt qu'à l'ignorer. Ainsi, les deux rapports sont d'avis qu'il faut faire quelque chose.

Est-ce que ce « quelque chose » veut dire une loi, voilà qui n'est pas clair. Les deux rapports ont indiqué que la loi actuelle pose des problèmes, tout comme le ferait une nouvelle loi. Même le rapport minoritaire s'est heurté à certains de ces problèmes dans la loi actuelle, dont comment déterminer pour quelles femmes et dans quelle circonstance la loi devrait être appliquée. Le rapport majoritaire exposait certaines des questions les plus litigieuses, qu'il faudrait régler dans l'éventualité où une loi accordant des droits au foetus serait envisagée. Les signataires du rapport majoritaire croient fermement qu'il est peu probable que la détention obligatoire soit bénéfique pour le

développement du foetus, même s'il était possible de concevoir une telle loi. Le rapport minoritaire est en désaccord. Bien que les deux conviennent qu'il y a un problème, on est loin de s'entendre sur les possibilités de corriger le problème au moyen d'une législation. Néanmoins, plusieurs des épineuses questions de droit liées aux droits du foetus et à la détention obligatoire ont été examinées dans la décision.

La décision de la Cour suprême laisse aussi un héritage, toutefois moins incertain. Elle a mis les éléments en place pour un éventuel débat public controversé sur les femmes enceintes qui consomment des intoxicants en renvoyant l'affaire aux législatrices et législateurs et en laissant intactes plusieurs hypothèses cruciales. Bien que le rapport majoritaire et le rapport minoritaire ne soient pas d'accord sur toutes ces hypothèses, ils les ont récusées faiblement ou ne les ont pas contestées parce qu'elles ne se rapportaient pas à leurs arguments. Elles sont présentées ci-après et résument les constatations de ce chapitre :

1. Nous savons qui est M^{me} G. et disposons d'une chronologie complète et exacte de sa situation.

2. Les Canadiennes sont des citoyennes égales et libres, en mesure de prendre seules la décision d'avoir des enfants et de s'en occuper le cas échéant.

3. Les femmes qui mènent leur grossesse à terme le font parce qu'elles veulent avoir un enfant. Autrement, elles auraient recours à l'avortement, service qui est accessible à toutes les Canadiennes dans une même mesure.

4. Bien que la dépendance puisse jouer un rôle dans la consommation d'une femme enceinte toxicomane, la cause première de cette consommation est le désir de la femme de conserver son mode de vie. Les femmes toxicomanes sont foncièrement égoïstes et puériles, et sont incapables de penser aux autres ou à l'avenir.

5. La dépendance fait partie d'un mode de vie, qui comprend une foule d'autres choix : milieu de vie, alimentation, vêtements, tabagisme, etc.

6. Les droits de la femme comprennent surtout le droit à la liberté, qui entre en conflit avec la responsabilité de la femme de s'occuper de ses enfants.

7. Le foetus doit être protégé contre les mères égoïstes et obstinées, et l'État peut être en mesure d'offrir cette protection.

8. Il y a consensus chez les peuples autochtones au sujet du problème des femmes qui consomment des intoxicants pendant leur grossesse, selon lequel il y a crise et ils sont d'accord avec la détention obligatoire.

9. La science médicale devance la loi sur deux plans. Elle peut maintenant prédire avec un certain degré de certitude que l'alcool et les drogues nuisent au développement du foetus de façons prévisibles, nocives et permanentes et elle peut démontrer que le foetus est un organisme vivant bien avant la naissance. La loi qui ne reconnaît pas les droits du foetus ne tient pas compte de ces découvertes médicales. Ces découvertes confirment que le foetus est réellement un enfant et la femme enceinte une mère.

10. Bien qu'il y ait une certaine pénurie de centres de traitement, les femmes enceintes qui ont besoin d'aide pour contrer leur toxicomanie peuvent en recevoir des services provinciaux de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme et des services de bien-être de l'enfance.

11. Dans une cause présentée à la Cour suprême, toutes les questions pertinentes ont été étudiées et la plus récente jurisprudence a été utilisée pour débattre de la question.

Ce sont les hypothèses qu'il faut éclaircir alors que nous essayons d'en venir à un certain consensus sur les politiques qui pourraient être adoptées relativement aux femmes qui consomment des substances nocives pendant leur grossesse.

CHAPITRE 3 : MÉCONNAISSANCE DE LA SITUATION DE M^ME G. : UNE ANALYSE CRITIQUE DES REPORTAGES DE LA PRESSE ÉCRITE DU CANADA AU SUJET DU CAS DE M^ME G.

par Deborah Rutman

Introduction

Ce chapitre examine comment la toxicomanie des femmes enceintes a été présentée dans la presse écrite du Canada, comme en témoigne la couverture faite par dix grands journaux du cas de M^me D.F.G., examiné par la Cour suprême du Canada (décision rendue le 31 octobre 1997). Comme le fait remarquer Marilyn Callahan dans le chapitre 2, cette cause a reçu une attention considérable de la part des médias. En revanche, cette attention a certainement contribué à façonner l'opinion publique sur les enjeux. Étant donné l'influence des médias sur la perception du public et sur les débats en matière de politiques, il est important d'examiner comment les médias ont présenté la décision de la Cour suprême et d'analyser les commentaires ou éditoriaux à ce sujet.

Le présent chapitre examine donc ce que les médias ont présenté comme étant le « problème » et la « solution », comment les médias ont dépeint les femmes enceintes qui prennent de l'alcool ou de la drogue, plus particulièrement M^me G., et comment on a traité la toxicomanie et l'alcoolisme. L'analyse traitera aussi des personnes citées dans les médias — les voix qui sont entendues — et des divergences entre les personnes « dont on parle » et celles « avec qui l'on parle », ou qui sont citées. De plus, l'analyse déterminera si des questions ou des sujets clés, qui sont pertinents dans le contexte de la décision de la Cour suprême, ont été ignorés dans les reportages. En d'autres termes, ce chapitre examinera les questions absentes de la couverture de l'affaire par la presse.

Méthodes de recherche

Fidèle à l'analyse du discours de Marilyn Callahan, l'auteure a procédé à une analyse thématique des reportages de la presse écrite du Canada sur cette affaire de la Cour suprême. L'analyse thématique a été influencée par une analyse critique du discours (voir Huber, 1998; Van Dijk, 1993). En plus d'examiner comment les médias ont présenté l'affaire et quels ont été les messages principaux, l'auteure a tenté de déterminer comment les médias reflètent et renforcent les idéologies dominantes, ainsi que certains préjugés sociaux, hypothèses et attitudes — dans ce cas-ci, au sujet des femmes qui prennent des substances intoxicantes pendant leur grossesse.

Les articles sur la décision de la Cour suprême retenus pour l'échantillonnage l'ont été à la suite de recherches dans dix grands journaux canadiens. Ils ont été publiés entre le 1^er novembre et le 15 novembre 1997[1]. Ces dix journaux sont ceux que l'auteure pouvait consulter par Internet ou sur

---

[1] Les articles traitant des décisions des cours de première instance ont été étudiés en tant que documents complémentaires, mais n'ont pas été inclus dans les données de l'analyse. De même, bien que certaines revues canadiennes, comme *MacLeans* et *Châtelaine*, aient publié des reportages et des éditoriaux sur l'affaire, les articles des revues n'ont pas été inclus dans l'analyse.

microfiches[2]. Bien que l'auteure n'ait pu avoir accès à tous les journaux canadiens, ceux consultés sont néanmoins répartis un peu partout au Canada : *Globe and Mail, Victoria Times Colonist, Vancouver Sun, Calgary Herald, Edmonton Journal, Winnipeg Free Press, Toronto Star, Ottawa Citizen, Montreal Gazette, Halifax Herald Chronicle.*

Au total, 23 articles ont été relevés dans les 10 journaux. Dix étaient des reportages, quatre, des articles de fond (c'est-à-dire des portraits de M^me^ G. et de son mari), huit, des éditoriaux ou des commentaires et un, une lettre à la rédaction. Chaque catégorie d'articles a fait l'objet d'une analyse distincte (reportages, articles de fond, éditoriaux) et les différences entre les catégories seront abordées lorsqu'elles sont pertinentes. Il convient aussi de noter que, même si des articles tirés de 10 journaux ont été analysés, la teneur des discours publiés était très semblable ou répétitive, plusieurs journaux canadiens étant affiliés aux mêmes agences de presse. Par exemple, six des dix reportages étaient des adaptations ou des reproductions des reportages de Southam Press au sujet de cette affaire et deux des reportages étaient fondés sur la couverture de la Presse canadienne. Les articles parus dans le *Globe and Mail* et le *Winnipeg Free Press* étaient, pour la plupart, originaux et uniques.

L'auteure a entrepris l'analyse thématique en lisant les articles plusieurs fois de façon à bien se familiariser avec les arguments et la terminologie de chacun. Marilyn Callahan (qui a fait l'analyse du discours de la décision de la Cour suprême) et l'auteure ont ensuite établi ensemble une série de questions de façon à structurer leurs analyses de données respectives. Pour l'analyse des médias, les questions posées ont été les suivantes :

- Quels aspects de la décision de la Cour suprême ont été soulignés?
- Comment les auteures et auteurs des articles ont-ils structuré leurs arguments/examen de la cause devant la Cour suprême?
- Quel(s) problème(s) est (sont) mentionné(s)?
- Quelle(s) solution(s) est (sont) mentionnée(s)?
- Que dit-on, le cas échéant, sur M^me^ G.? Comment est-elle dépeinte? Comment sont dépeintes en général les femmes enceintes et toxicomanes?
- Que dit-on, le cas échéant, au sujet de la toxicomanie et de l'alcoolisme?
- Qu'a-t-on dit, le cas échéant, sur les questions autochtones?
- Qui prend la parole ou revendique l'autorité? Qui cite-t-on?
- Quelles voix ne sont pas entendues?
- Qu'est-ce qui manque dans les reportages sur l'affaire?

---

[2] Aucun journal de langue française n'a été examiné dans le cadre de l'analyse de ce discours. Cette omission regrettable, attribuable à la connaissance limitée de la langue française de l'auteure, ne doit pas être interprétée comme un jugement porté sur la pertinence ou l'importance de la presse francophone du Canada.

- Dans quelle mesure la presse traite-t-elle de questions qui n'ont pas été abordées dans la décision de la Cour suprême?
- Est-ce que la presse présente les arguments majoritaires et minoritaires comme étant en opposition les uns aux autres? Dans quelle mesure les médias relèvent-ils les opinions et les hypothèses communes aux deux rapports?

L'auteure a ensuite relu et examiné chaque article tout en tenant compte de ces questions. Elle a établi une base de données qui contient de l'information sur toutes les questions, ainsi que chaque manchette, chaque phrase-amorce et les expressions ou idées importantes, pour permettre une consultation rapide et la comparaison des articles. Marilyn Callahan et les autres membres de l'équipe du projet ont alors revu les constatations préliminaires et en ont discuté. Leurs observations ont été intégrées aux analyses subséquentes.

Présentation et analyse des données

Quels aspects de la décision de la Cour suprême ont été soulignés?

L'une des méthodes les plus élémentaires pour déterminer et examiner les aspects de la décision de la Cour suprême qui ont été mis en évidence consiste à analyser les manchettes et les phrases-amorces des reportages. Il va de soi que le but de la manchette et de l'amorce est d'aller au cœur du sujet et de le faire d'une manière aussi vigoureuse et incisive que possible. La manchette et l'amorce doivent attirer l'attention de la lectrice ou du lecteur, lui fournir de l'information de base et l'inciter à poursuivre la lecture. La manchette et l'amorce sont donc extrêmement importantes et pavent la voie pour le reste de l'article. De plus, ces deux éléments contiennent une certaine charge émotive — qui vise à influencer le lectorat. Ainsi, le début d'un article peut placer en contexte les enjeux à débattre et façonner nos opinions et nos sentiments.

Dans le présent cas, les manchettes et les phrases-amorces étaient axées sur la décision de la Cour suprême et sur ce que la presse considérait comme étant les grands enjeux de la cause. En voici certaines :

Manchettes :

> Le tribunal donne préséance aux mères sur les foetus; la décision de la Cour suprême renvoie au Parlement la question des droits du foetus. (*The Globe and Mail*) [*Traduction*]
>
> Les enfants à naître laissés à eux-mêmes, tranche la Cour : les toxicomanes ne peuvent être forcées de suivre un traitement; la balle est dans le camp des législatrices et législateurs. (*Winnipeg Free Press*) [*Traduction*]
>
> Les législatrices et législateurs doivent trancher la question des droits des enfants à naître, a décidé la plus haute instance; les juges renversent la décision ayant obligé une femme qui inhalait des vapeurs de colle à suivre un traitement. (*The Ottawa Citizen*) [*Traduction*]

> La plus haute instance refuse de reconnaître les droits du foetus; décision partagée dans le cas d'une femme enceinte qui inhalait des vapeurs de colle. (*The Toronto Star*) [*Traduction*]

Phrases-amorces :

> Il appartient maintenant aux politiciennes et aux politiciens, et non aux juges, de décider si les enfants à naître doivent être protégés contre les mères toxicomanes. (Southam Press) [*Traduction*]

> La Cour suprême du Canada refuse de reconnaître que le foetus est une personne qui a des droits juridiques et soutient qu'il appartient aux élues et élus de prendre cette décision. (Presse canadienne) [*Traduction*]

Quels aspects de la décision de la Cour suprême sont reflétés dans ces manchettes et dans ces phrases-amorces qui nous disent que :

a) la Cour suprême du Canada a été priée de décider si les droits du foetus existaient indépendamment des droits de la femme enceinte;
b) la Cour suprême a établi qu'elle ne pouvait accorder de droits au foetus —seule l'autorité législative peut le faire;
c) puisque la cour ne peut accorder de droits au foetus, on ne peut ordonner à une femme enceinte de suivre un traitement (contre sa volonté) par suite des droits du foetus ou pour la protection du foetus.

Un examen plus attentif des manchettes et des phrases-amorces révèle une certaine conceptualisation des enjeux. Par exemple, les manchettes donnent l'impression qu'il s'agissait de déterminer non seulement si le foetus avait des droits juridiques, mais également comment ces droits se comparent à ceux de la femme enceinte. Le discours oppose, en quelque sorte, les droits du foetus à ceux de la femme — « le tribunal donne préséance aux mères sur les foetus ». L'affirmation des droits de la femme par le tribunal signifiait que les femmes sont les gagnantes, et les foetus les perdants. En raison de cette dichotomie dans la présentation de la situation, les principaux messages qui peuvent être tirés des manchettes et des phrases-amorces sont que :

- le foetus est le perdant dans la décision de la Cour suprême;
- il y a un vide juridique quant au statut du foetus;
- la capacité de la société de « protéger » le foetus est compromise.

Cette dichotomie laisse entendre que les intérêts de la femme enceinte et de son foetus peuvent être séparés et prédispose la lectrice ou le lecteur à croire que, comme il s'agit d'une cause juridique, il faut nécessairement « choisir un camp ».

Bien que ces manchettes et ces phrases-amorces mettent principalement l'accent sur les foetus[3] et leurs droits (putatifs), compte tenu du fait que cette cause portait en apparence sur l'équilibre entre les droits des femmes et ceux des « enfants à naître » et qu'elle concernait une femme qui inhalait des solvants pendant sa grossesse, il est important d'examiner comment les femmes y sont dépeintes. Fait intéressant, les « femmes » comme telles sont complètement absentes de ce discours. Les médias vont plutôt parler des femmes comme des « mères » (« le tribunal donne préséance aux mères sur les foetus »). C'est un détail assez révélateur, car il rappelle à la lectrice ou au lecteur les idéologies généralisées au sujet des mères et de la maternité et au sujet de ce qui fait une « bonne » et une « mauvaise » mère (c'est-à-dire que les bonnes mères sont celles qui se soucient de leur progéniture, qui font preuve d'abnégation, etc.). Naturellement, lorsque les agissements des « mères » vont à l'encontre de cette idéologie — lorsqu'elles ne font pas preuve d'abnégation, par exemple, ou lorsqu'elles ne mettent pas l'intérêt de leur enfant ou de leur foetus avant le leur — on peut les qualifier de « mauvaises » mères et même de « mauvaises femmes », et on les châtie en conséquence.

Les femmes sont aussi qualifiées dans les manchettes et les phrases-amorces de « toxicomanes », « d'alcooliques » et de « personnes qui inhalent des vapeurs de colle ». Que le discours fasse allusion aux *femmes* toxicomanes, alcooliques ou renifleuses de colle, voilà qui est implicite, toutefois, et on ne peut le discerner que si l'on est au courant de l'affaire devant la Cour suprême. Par ce genre de discours, un aspect particulier de la vie de la femme — dans ce cas, sa toxicomanie — est devenu très important pour la définir en tant que personne; une femme qui inhale des solvants est ainsi devenue une « renifleuse ». On peut soutenir que ce genre de discours est dangereux et déshumanisant, puisqu'il isole une dimension particulière d'une personne par rapport à l'ensemble de sa vie. Il prépare la société à dévaloriser les individus ou à faire une croix sur certaines personnes.

Enfin, les phrases-amorces de Southam Press nous disent que les femmes (qui consomment des substances intoxicantes pendant la grossesse) sont des « mères abusives ». Or, puisque le terme *abus* évoque généralement l'idée d'un comportement intentionnel, ces propos incitent la lectrice ou le lecteur à supposer que ces femmes sont des bourreaux d'enfants. En fait, l'abus n'a pas été présenté comme étant un « abus de soi » ni un abus de la substance elle-même — car l'abus est dirigé vers l'enfant (à naître). Cette façon de voir justifie encore davantage la prise de mesures ou de sanctions. Par ailleurs, le discours laisse entendre que les « mères » elles-mêmes sont à blâmer pour « l'abus ». Il n'est pas question du rôle d'autres personnes ou de la société dans la toxicomanie de la femme.

Un autre thème clé est la nécessite de protéger « l'enfant à naître », d'abord et avant tout contre sa mère « abusive ». Pourtant, si les politiciennes et les politiciens devaient rédiger un projet de loi afin de protéger les « enfants à naître », il faudrait que la loi protège les foetus des pères abusifs, ainsi que des dangers présents dans la collectivité et l'environnement, et non seulement des « mères abusives ». En prenant à partie les mères ou les femmes abusives, le discours donne plus de poids

---

[3] Bien que la plupart des manchettes traitaient des droits du foetus, les termes employés dans les phrases-amorces de ces articles faisaient allusion aux droits et à la protection des « enfants à naître ». On peut soutenir que l'emploi de l'expression « enfant à naître » plutôt que « foetus » incite la lectrice ou le lecteur à sympathiser avec l'enfant à naître plutôt qu'avec la mère (Keane 1996; Beckett, 1995; Mitchell et Georges, 1997; Daniels, 1997).

aux idéologies répandues selon lesquelles les mères ou les femmes sont principalement, voire uniquement, responsables de la sécurité et de la protection des enfants.

Le message vigoureux qui en résulte est que des mesures devraient être imposées pour « protéger » l'enfant à naître et qu'il convient de recourir à la loi pour appliquer ces mesures. Comment devrions-nous protéger les « enfants à naître » de leur mère? Dans les cas d'aide à l'enfance, la « protection » de l'enfant comporte généralement le retrait de l'enfant de la responsabilité de la personne abusive. Pourtant, étant donné que les « mères » et les « enfants à naître » sont inséparables, car ils sont inextricablement reliés physiquement, comment peut-on protéger le foetus contre sa mère? Aucune réponse à cette question n'a été formulée explicitement, mais la lectrice ou le lecteur a nettement l'impression que « quelque chose doit être fait » — et probablement fait à la mère — pour le bien du foetus.

Le quatrième thème qui ressort de l'étude des manchettes et des phrases-amorces est le fait que les juges de la Cour suprême ont laissé tomber le public canadien. Ainsi, il appartient aux autorités politiques de prendre les mesures nécessaires pour veiller à ce que les enfants à naître soient protégés. Lorsque la phrase-amorce dit : « La Cour suprême du Canada refuse de reconnaître que le foetus est une personne qui a des droits juridiques », elle sous-entend que le foetus a des droits, mais que la Cour suprême ne les respecte pas. C'est une critique implicite du tribunal qui refuse de reconnaître ces droits.

Bref, en présentant les principaux enjeux de cette affaire comme étant les droits de l'enfant à naître et la nécessité de le protéger, les médias ont façonné notre pensée au sujet de la partie innocente et de la partie à blâmer. Puisqu'en tant que société nous voulons et devons protéger les enfants innocents (à naître), la lectrice ou le lecteur est incité à s'adresser à la Cour suprême, qui semble se dérober devant sa responsabilité d'accorder des droits au foetus et, par conséquent, d'assurer la protection des enfants.

Qu'en serait-il si, au lieu d'être « la Cour suprême du Canada refuse de reconnaître que le foetus est une personne », la phrase avait été : « la Cour suprême a maintenu ses jugements antérieurs selon lesquels le foetus n'est pas légalement une personne avant sa naissance »? Ici, on ne donne pas l'impression que la Cour suprême se dérobe à ses responsabilités (morales, sinon légales), mais plutôt qu'elle fait preuve de cohérence et de conformité par rapport à des décisions antérieures. Ou qu'en serait-il si la phrase-amorce avait été : « la Cour suprême a confirmé que les femmes ont des droits fondamentaux en matière d'autonomie, de vie privée et de liberté et que ces droits ne peuvent être abrogés pendant la grossesse d'une femme? » Pour terminer, qu'en serait-il si l'amorce des articles portait surtout sur les problèmes de toxicomanie de la femme enceinte, sur les raisons de cette toxicomanie et sur la nécessité de disposer de meilleures ressources pour leur traitement? La différence dans le ton est manifeste.

Que rapportent les médias au sujet des jugements majoritaire et minoritaire?

De façon générale, les dix articles et les arguments étaient structurés d'une manière semblable. Les articles débutaient tous par un énoncé de la décision de la Cour suprême et par une phrase décrivant l'affaire. Cette introduction était suivie par la présentation des principaux arguments avancés dans le

jugement majoritaire de la Cour suprême, avec citations probablement tirées de la décision. Les articles différaient ensuite quelque peu : plusieurs présentaient M^me^ G. et sa cause plus en profondeur et étaient accompagnés, dans la plupart des cas, d'au moins une citation directe de M^me^ G.; d'autres présentaient des arguments ou des citations clés de l'opinion minoritaire; d'autres encore reproduisaient des commentaires de diverses sources, dont la ministre fédérale de la Justice, Anne McLellan, et certains groupes d'intérêts, comme l'Alliance pour la vie et l'Association canadienne pour le droit à l'avortement. Peu importe l'ordre dans lequel les articles présentaient les divers éléments, presque tous abordaient chacune de ces questions, bien que l'importance et la profondeur de la discussion aient pu varier.

L'analyse des comptes rendus de l'affaire présentés par les médias portera, dans un premier temps, sur l'examen fait par la presse des arguments du rapport majoritaire puis de ceux du rapport minoritaire. Elle sera suivie de l'examen de la façon dont M^me^ G. a été présentée dans les journaux.

Les arguments de la majorité de la Cour suprême

À la suite d'un paragraphe-amorce accrocheur, les dix articles présentaient tous les principaux arguments de l'opinion majoritaire — ou du moins ceux que la presse jugeait être les principaux — accompagnés par des citations pertinentes de la juge Beverly McLachlin. Voici une compilation des arguments parus dans les journaux[4] (les chiffres entre parenthèses correspondent aux numéros de code du journal en question[5]) :

- « Le seul principe reconnu est celui de la naissance vivante. Le foetus n'acquiert aucun droit d'action avant la naissance vivante de l'enfant. » (1)
- Seuls les législatrices et législateurs peuvent apporter une « modification substantielle aux conséquences multiples » à des principes juridiques qui touchent le statut de l'enfant à naître. » (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9)
- « Faire autrement placerait les tribunaux au cœur d'un épineux débat d'ordre moral et social relevant davantage des élues et élus que des tribunaux. Tous les maux ne donnent pas ouverture à une action en justice, et il appartient aux législatrices et législateurs de remédier à certains d'entre eux. » (1, 3, 4, 5, 9, 10)
- « Bref, ce n'est pas le genre de chose qu'une cour de *common law* peut ou devrait faire. » (7, 8)
- « Toute intervention pour faire avancer la cause des intérêts du foetus touche nécessairement — et peut entrer en conflit avec — ceux de la mère (1); rendre une ordonnance visant à protéger le foetus empiéterait radicalement sur les libertés fondamentales de la mère (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9); le traitement obligatoire violerait le domaine le plus sacré de la liberté individuelle, à savoir le droit de chaque personne de vivre et de se déplacer à sa guise. » (1)

---

[4] Ces arguments n'ont pas tous été présentés dans tous les articles. En fait, de façon générale, un article n'en présentait que trois ou quatre.

[5] Les journaux sont numérotés de la façon suivante : le *Globe and Mail* (1), le *Victoria Times Colonist* (2), le *Vancouver Sun* (3), le *Calgary Herald* (4), l'*Edmonton Journal* (5), le *Winnipeg Free Press* (6), le *Toronto Star* (7), l'*Ottawa Citizen* (8), le *Montreal Gazette* (9) et le *Halifax Herald Chronicle* (10).

- « La femme enceinte et l'enfant à naître ne forment qu'une seule personne. » (1)
- « Si une mesure doit être prise, les législatrices et législateurs sont en bien meilleure position pour soupeser les intérêts opposés et arriver à une solution raisonnée qui porte le moins possible atteinte aux droits de la femme enceinte. » (1, 3, 5, 7, 8)
- Toute tentative pour légiférer doit être conforme à la *Charte des droits et libertés*. (3, 4, 9)
- Bien qu'il ne fasse aucun doute que l'inhalation de solvants puisse nuire à l'enfant à naître, il est plus difficile de classifier les conséquences de comportement comme, par exemple, le fait de fumer ou de prendre un verre à l'occasion. (1, 3, 7, 8, 10)
- En outre, la modification de la loi « afin de rendre la femme enceinte responsable du préjudice causé au foetus par son mode de vie peut aller à l'encontre du but recherché ». Il se peut que la femme enceinte souffrant d'une dépendance à l'égard de l'alcool ou d'une autre substance ne demande pas de soins prénatals par crainte d'être internée contre son gré ou contrainte de se soumettre à un traitement. (10). Une intervention vigoureuse pourrait faire en sorte d'occulter les problèmes. (1, 3, 5) « En fin de compte, l'ordonnance rendue afin de protéger la santé du foetus pourrait entraîner sa destruction ». (1, 3)
- « Il n'y a pas de bons ni de méchants ici. C'est une histoire plus prosaïque, bien trop fréquente, où des gens s'efforcent de faire de leur mieux face à l'insuffisance des ressources et aux ravages de la toxicomanie. » (1, 3, 4, 5, 10)
- L'inhalation de solvants ne peut être qualifiée de « choix de mode de vie ». (1)
- « Cela étant dit, reste à trancher la question de droit : en présence d'éléments de preuve selon lesquels une femme enceinte agit d'une manière susceptible de porter préjudice à l'enfant qu'elle porte, les juges peuvent-ils, à la demande de l'État, ordonner la détention de la mère afin de corriger son comportement? » (10)

La présentation du « problème » et de la « solution » par la majorité

Selon les reportages, il semblerait que le rapport majoritaire ait présenté le « problème » comme une lutte en vue de concilier le besoin de protection du foetus et le droit des femmes à la liberté, qui est reconnu par la loi. Ainsi, le « problème » tel que présenté par la majorité, pourrait se résumer ainsi : quel est le rôle du tribunal relativement à la protection du foetus contre tout préjudice, en particulier, contre les préjudices attribuables à la toxicomanie maternelle, alors que le foetus n'est pas considéré comme une personne ayant des droits reconnus par la loi avant sa naissance?

Comme Marilyn Callahan l'a soutenu au chapitre 2, les arguments présentés dans le rapport majoritaire de la Cour suprême — comme ceux de l'intimée dans la présente affaire — sont essentiellement des arguments juridiques fondés sur des principes juridiques et des précédents jurisprudentiels. Le principal argument de la majorité, à la fois dans le jugement et d'après ce qui a été rapporté dans la presse, a été l'absence de précédent permettant d'accorder à un foetus des droits juridiques avant sa naissance vivante. Par conséquent, tout ce qu'on pourrait faire pour protéger les intérêts d'un foetus — au nom des droits du foetus — aurait nécessairement des effets sur la « mère », puisque « la femme enceinte et l'enfant à naître ne forment qu'une seule personne ».

La majorité de la Cour suprême ne rejette pas l'idée des droits au foetus, ni l'idée qu'il ne convient pas d'étudier ces questions par la voie législative. Elle déclare plutôt que l'octroi de droits au foetus doit relever de la compétence du Parlement ou de la législature, en raison de l'ampleur des modifications législatives qu'il représenterait. Par cette déclaration, la majorité a soustrait la Cour suprême à ce qui sera certainement un débat politique orageux, tout en apparaissant sympathique aux deux camps. Toutefois, peu importe que les droits du foetus soient enchâssés par les législatrices et législateurs ou les tribunaux, toute mesure prise en vertu de ces droits mettra en cause les intérêts et les droits des femmes. L'argument de la majorité semble en tenir compte, car la juge McLachlin signale que toute solution législative doit être conforme à la *Charte*. On peut se demander comment une éventuelle mesure législative, particulièrement si elle prévoit une détention obligatoire, pourrait résister à une contestation fondée sur la *Charte*. L'argument de la majorité ne jette pas de lumière sur la solution juridique à cette question.

En effet, la « solution » de la majorité aux problèmes qui surgissent dans ce cas-ci est très ambiguë. Les médias consacrent beaucoup d'espace à la première recommandation de la majorité : « si une mesure doit être prise », le législateur est en bien meilleure position pour arriver à une solution. Et comme cette idée est reprise souvent dans la décision de la Cour suprême, il semblerait que la majorité favorise réellement une révision et une réforme de la législation pour « corriger » ce « mal » social. Cependant, parce que la « solution » de la majorité concernant les modifications législatives est toujours précédée de « si une mesure doit être prise », il est difficile de déterminer si les réserves possibles de la juge McLachlin au sujet de la ligne de conduite à adopter l'emportent sur son soutien, et ce que sont ces réserves.

Quoi qu'il en soit, si la majorité appuyait la solution législative, il deviendrait alors évident que la majorité et la minorité partageraient un même postulat de base, à savoir qu'il peut être permis et approprié pour l'État de contrôler le comportement d'une femme afin d'assurer la « protection » du foetus. Fait intéressant à noter, il n'est absolument pas question dans les médias d'une idéologie commune entre les deux « camps » dans la décision de la Cour suprême.

Il semble aussi y avoir d'autres ambiguïtés et d'autres contradictions dans les arguments de la majorité. Par exemple, même si la juge McLachlin semble favoriser un examen de la législation actuelle ou l'adoption d'une nouvelle loi pour régler la question, elle affirme du même souffle que le traitement obligatoire peut aller à l'encontre du but recherché. Les médias ne disent pas comment la juge McLachlin concilie l'idée que, d'une part, une loi permettant un traitement obligatoire peut être indiquée et, d'autre part, que le traitement obligatoire irait à l'encontre du but recherché. La contradiction manifeste de ces arguments est absente de toute la couverture médiatique.

Les médias traitent de façon très limitée, dans trois des dix articles, de la raison pour laquelle le traitement obligatoire pourrait aller à l'encontre du but recherché. Bien que les articles disent bel et bien que le traitement obligatoire peut pousser les femmes enceintes toxicomanes à se cacher, ils ne parlent tout simplement pas du témoignage fascinant des femmes toxicomanes à cet effet. Les médias accordent relativement peu de place à la discussion pour le moins importante sur les raisons pour lesquelles le traitement obligatoire irait à l'encontre du but recherché. Il s'agit d'une omission importante et révélatrice.

Une autre contradiction intriguante des arguments de la majorité, rapportée par la presse, a trait aux discussions sur la toxicomanie. La juge McLachlin semble parfois reconnaître la complexité de la toxicomanie et du traitement, comme en fait foi son importante déclaration : « Il n'y a pas de bons et de méchants ici. C'est une histoire… où des gens s'efforcent de faire de leur mieux face à l'insuffisance des ressources et aux ravages de la toxicomanie. » Parfois, cependant, la juge McLachlin semble considérer la toxicomanie pendant la grossesse comme un « préjudice prénatal lié au mode de vie ».

Il convient de souligner l'importance de la déclaration de la juge McLachlin, car elle pourrait fort bien contenir en substance la présentation non dichotomique du « problème » (c'est-à-dire de ne pas présenter la question de manière à opposer les femmes aux foetus ou certaines femmes à d'autres femmes). De plus, ce fut à peu près la seule déclaration, reprise dans *toute* la presse écrite, qui mentionnait la question de la toxicomanie. La déclaration de la juge McLachlin pourrait aussi être reliée à son autre affirmation — qui en serait alors renforcée — à savoir que « la femme enceinte et l'enfant à naître ne forment qu'une seule personne ». Fait intéressant, les reportages médias n'ont pas su faire ce lien.

Malheureusement, l'importance de la déclaration de la juge McLachlin semble avoir été en grande partie ignorée dans les reportages : seulement cinq des dix articles en ont fait état et seulement un des dix éditoriaux. Pourquoi les médias ont-ils tendance à passer sous silence la principale déclaration de la majorité? Il est peut-être plus facile de brosser un tableau avec des bons et des méchants. Les commentaires de la juge McLachlin nous incitent peut-être à réfléchir au contexte complexe de ces enjeux, mais un tel contexte serait trop difficile à comprendre étant donné l'indigence des comptes rendus typiques présentés dans les médias. La citation nous empêche peut-être de blâmer uniquement les femmes toxicomanes pour ce « problème ». Elle soulève peut-être des interrogations sur le caractère inadéquat des installations existantes, sur leur nombre insuffisant et sur le fait qu'elles ne répondent pas bien aux besoins particuliers des femmes, à plus forte raison ceux des femmes enceintes. L'analyse de la déclaration de la juge McLachlin nous amène peut-être subtilement à réfléchir au rôle et aux responsabilités des hommes, des collectivités et de la société en général par rapport au bien-être et à la santé des enfants, et particulièrement des enfants « à naître ». Autrement dit, il nous faut peut-être réfléchir au fait que les responsabilités ou le devoir de diligence envers les enfants (nés ou non) n'incombent pas uniquement à la future mère. Bien qu'on ne puisse savoir exactement pourquoi les médias ont, à toutes fins pratiques, ignoré l'importance de cette déclaration et l'ont, dans les faits, tout simplement omise de la moitié des articles au pays, cette omission est significative et très révélatrice de la façon dont les enjeux de l'affaire ont été présentés et des efforts pour « informer » l'opinion publique sur les enjeux.

Enfin, il faut noter qu'il n'est pas question dans les reportages sur l'argument de la majorité de M^me^ G. de son ascendance autochtone ou des expériences des femmes toxicomanes. Cette omission donne l'impression que l'opinion majoritaire n'a pas tenu compte du vécu de M^me^ G.

Les arguments de la minorité de la Cour suprême

Après avoir expliqué la position de la majorité, sept des dix articles présentaient les principaux arguments du jugement minoritaire de la Cour suprême, ainsi que des citations importantes du juge John Major. En voici une compilation :

- « Il faut défendre ceux qui ne peuvent se défendre eux-mêmes. » (3, 5, 10)
- « Lorsque la femme a décidé de mener sa grossesse à terme, elle doit accepter qu'elle est responsable, jusqu'à un certain point, du bien-être de l'enfant et l'État a le droit d'essayer d'assurer la santé de ce dernier. » (1)
- « La société n'accepte pas de se croiser les bras et de permettre à une mère de maltraiter son enfant après la naissance. Pourquoi, alors, laisserait-on la mère maltraiter sérieusement l'enfant avant la naissance? » (3, 5, 9, 10)
- Il ne faut pas que l'État « demeure passif » pendant qu'une mère insouciante inflige un préjudice grave et permanent à l'enfant auquel elle a décidé de donner naissance. (3, 5, 9)
- La règle de la « naissance vivante » a été supplantée par les découvertes médicales. « Le principe de la "naissance vivante" est un anachronisme juridique et il ne devrait plus être appliqué, du moins pour les fins du présent pourvoi. » (1)
- Pour protéger les droits de la femme, il faut limiter aux cas exceptionnels le pouvoir d'intervention de la cour, même s'il existe, selon la norme de preuve applicable au civil, une probabilité raisonnable que le comportement de la mère causera un « préjudice grave et irréparable à l'enfant à naître ». (1, 7, 8)
- « De toute façon, une telle atteinte est toujours assujettie au droit de la mère de décider de mettre fin à sa grossesse en se faisant avorter. » (1)
- La détention obligatoire constitue la seule solution efficace lorsque le comportement de la femme risque de causer un préjudice irréparable au foetus. Cette contrainte de dernier recours imposée à la mère est « assez bénigne » comparativement au préjudice dévastateur que l'abus de substances intoxicantes est susceptible d'infliger à son enfant. (5)
- « Il se peut que les enfants atteints soient condamnés à ne connaître qu'une qualité de vie inférieure. S'opposer à ce que la mère soit internée pour empêcher la réalisation d'un tel préjudice semble extrémiste et peu perspicace. »

La présentation du « problème » et de la « solution » par la minorité

Comment la minorité présente-t-elle le « problème »? Selon les reportages, il semble qu'elle le fasse en fonction du comportement nocif des femmes enceintes « insouciantes » et des « lésions » permanentes infligées aux « enfants à naître ». La minorité souhaite protéger la santé et les intérêts du foetus « contre » l'insouciance des femmes. La solution qu'elle propose consiste à octroyer des droits au foetus qui, par la suite, justifieront la restriction des droits des femmes dans certaines circonstances. Elle consiste aussi, dans certains cas, à recourir à la détention forcée pour assurer la protection du foetus. Comme nous le verrons, la présentation par les médias des arguments de la minorité reflète essentiellement les arguments de l'appelant dans la décision de la Cour suprême,

comme l'indique Marilyn Callahan au chapitre 2. Les médias ont résumé les principaux arguments de la minorité, bien que l'examen de la question dans la presse ait été grandement abrégé.

Contrairement à la position de la majorité de la Cour suprême, l'argument de la minorité est essentiellement un argument moral, c'est-à-dire que, lorsque la minorité déclare qu'« il ne faut pas que l'État demeure passif », elle soutient que ce serait moralement et non légalement répréhensible. La minorité demande au tribunal d'intervenir et de modifier les lois actuelles de façon à « protéger » le foetus contre les « abus » et de contribuer à veiller sur la santé du foetus. Sur le plan juridique, la minorité invoque les découvertes en médecine périnatale, en imagerie et en technologie médicale pour appuyer son argument d'octroyer des droits au foetus et de sanctionner ainsi l'intervention obligatoire chez les femmes enceintes dont le comportement compromet les droits du foetus.

On trouve, dans pratiquement tous les arguments de la minorité, un certain nombre d'hypothèses critiques, qui sont, pourrait-on soutenir, fausses et qui seront examinées brièvement.

« *Lorsque la femme a décidé de mener sa grossesse à terme, elle doit accepter qu'elle est responsable, jusqu'à un certain point, du bien-être de l'enfant et l'État a le droit d'essayer d'assurer la santé de ce dernier.* » Cette affirmation suppose que tout foetus mené à terme l'est parce que la femme a fait un tel choix. Elle suppose aussi l'égalité de toutes les femmes, c'est-à-dire qu'elles ont dans une même mesure accès à des services de contrôle des naissances et d'avortement et qu'elles peuvent « choisir » de mener le foetus à terme. En présentant l'argument en fonction du « choix » de la femme, l'affirmation révèle une très piètre appréciation de la réalité de la vie des femmes en fonction de leur santé reproductive. En outre, en ne parlant que de la responsabilité de la femme pour le bien-être de son foetus, l'affirmation ne tient pas compte d'autres personnes ou parties qui peuvent être moralement et légalement responsables de la santé du foetus et de l'enfant. Il n'est pas question du rôle et du devoir des hommes, des collectivités, du secteur privé et de l'État dans la promotion et la protection de la santé des enfants.

« *La société n'accepte pas de se croiser les bras et de permettre à une mère de maltraiter son enfant après la naissance. Pourquoi, alors, laisserait-on la mère maltraiter sérieusement l'enfant avant la naissance?* » (*3, 5, 9, 10*) *Il serait inadmissible que l'État demeure passif pendant qu'une mère insouciante ou toxicomane inflige un préjudice grave et permanent à l'enfant auquel elle a décidé de donner naissance.* (*3, 5, 9*) Ces arguments sont assez semblables aux précédents, mais on y trouve plusieurs hypothèses additionnelles. Premièrement, l'expression « maltraiter » évoque ici l'utilisation de drogues ou d'alcool par les femmes enceintes et les répercussions de cette dépendance sur le foetus. L'affirmation suppose que nous savons avec certitude que la toxicomanie d'une femme causera des lésions graves et irréparables à son enfant. En fait, bien que de forts éléments de preuves scientifiques démontrent que la consommation excessive d'alcool par la mère peut causer le syndrome d'alcoolisme foetal et d'autres incapacités reliées à l'alcool, il n'en demeure pas moins que les preuves demeurent équivoques quant aux effets à long terme des autres substances sur le foetus ou l'enfant.

De plus, l'expression « maltraiter » suppose qu'il s'agit d'un geste délibéré, c'est-à-dire qu'une femme inflige sciemment des lésions à son foetus ou enfant. Cette hypothèse ne tient pas et doit être

contestée. En fait, elle est erronée à la lumière des nombreuses expériences de femmes qui consomment de la drogue ou de l'alcool.

Tout comme l'argument précédent, en s'en prenant uniquement au comportement de la femme, cette déclaration occulte également les lésions causées au foetus par d'autres éléments « abusifs », y compris les voies de fait par des hommes, les toxines environnementales et d'autres facteurs. En outre, l'argument implique que la seule réponse légitime de la société ou de l'État au problème des femmes enceintes toxicomanes ou alcooliques est une mesure punitive ou coercitive. Il est clair que d'autres solutions possibles, comme la révision des ressources consenties par l'État pour le traitement de la dépendance — en particulier celles destinées aux femmes (enceintes) — feraient en sorte que l'État ne demeure pas passif. Cependant, il est également clair que ce n'est pas le type de réponses recommandées dans les arguments de la minorité.

Ces arguments portent en eux la notion qu'un foetus a le même « droit » à la protection qu'un enfant, même si les affirmations donnent aussi à entendre que ce « droit » s'applique uniquement au foetus à qui une mère a choisi de donner naissance. En d'autres termes, il est implicite dans ces arguments que certains foetus ont des droits juridiques alors que d'autres n'en ont pas.

« *Pour protéger les droits de la femme, il faut limiter aux cas exceptionnels le pouvoir d'intervention de la cour, même s'il existe, selon la norme de preuve applicable au civil, une probabilité raisonnable que le comportement de la mère causera un « préjudice grave et irréparable à l'enfant à naître* ». » (*1, 7, 8*) Comme l'argument précédent, cet argument suppose que « nous » (c'est-à-dire la science médicale) pouvons prédire avec exactitude à quel moment la consommation d'alcool et de drogue causera des « préjudices graves et irréparables » à un foetus. À ce moment-ci, ce n'est tout simplement pas le cas.

« *De toute façon, une telle atteinte est toujours assujettie au droit de la mère de décider de mettre fin à sa grossesse en se faisant avorter.* » Comme ci-dessus, cet argument suppose que toutes les femmes ont un accès égal à l'avortement, c'est-à-dire que toutes peuvent y avoir accès dans une même mesure et que c'est un « choix » valable pour toutes les femmes. Cet argument établit à tort une équation entre la légalité de l'avortement et son accès culturellement acceptable et économiquement et géographiquement possible pour toutes les femmes. Cet argument ne tient pas compte des différences très réelles de pouvoir entre une femme et son partenaire, qui peut ne pas « consentir » à un avortement, et au fait que la femme n'a pas de choix dans ces circonstances.

La détention obligatoire constitue la seule solution efficace lorsque le comportement de la femme risque de causer un préjudice irréparable au foetus. « *S'opposer à ce que la mère soit internée pour empêcher la réalisation d'un tel préjudice semble extrémiste et peu perspicace* » (*5*) Encore une fois, ces affirmations supposent que le traitement ou la détention obligatoire est le seul moyen dont dispose l'État pour prévenir l'alcoolisme ou la toxicomanie chez la femme pendant la grossesse. On y trouve aussi une autre hypothèse selon laquelle la détention obligatoire éliminera complètement la consommation d'alcool et de drogue de la femme et qu'il est impossible d'avoir accès aux substances intoxicantes dans les lieux de détention. Ironiquement, les témoignages des femmes — ainsi qu'un corpus considérable d'ouvrages —nous disent que ce n'est certainement pas le cas.

Somme toute, bien que le jugement minoritaire de la Cour suprême ait reçu moins d'attention dans la presse que la position de la majorité, les articles et les citations qu'on y trouvaient étaient très puissants de par leur ton et leur style émotifs. Que l'on soit d'accord ou pas, le style moralisateur du juge Major, sa condamnation des femmes alcooliques ou toxicomanes enceintes et son plaidoyer en faveur de ceux qui ne peuvent se défendre (les enfants à naître) nous offrent une lecture beaucoup plus puissante (et peut-être plus convaincante) que les arguments relativement caustiques et légalistes de la majorité. La presse, dans ses articles, ne commente pas les arguments de la minorité ni ceux de la majorité, probablement pour présenter des reportages « impartiaux ». Compte tenu de cela, il est intéressant et assez révélateur de noter que plusieurs des arguments de la minorité transparaissent dans les manchettes et les phrases-amorces des articles et que le ton des articles qui dépeignent M^me^ G. est assez fidèle aux opinions du juge Major. Il semble que le discours des médias présente cette histoire d'une manière qui consolide les idéologies dominantes et qui façonnera sans doute l'opinion publique et le débat.

Enfin, il est important de noter que les façons dont la majorité et la minorité présentent le problème, du moins, à ce qu'en dit la presse écrite, ne diffèrent pas considérablement l'une de l'autre. En substance, les deux « camps » ont présenté le problème en fonction de la façon de protéger le foetus contre les préjudices, en particulier les préjudices causés par la consommation de substances par la mère. Cela contraste avec la présentation du problème en fonction, par exemple, du besoin d'identifier et d'aborder les causes sous-jacentes de la toxicomanie et de la dépendance de la femme ou de définir et de composer avec les besoins en soins de santé de la femme enceinte qui consomme des intoxicants. (Il faut noter qu'on retrouve implicitement dans ces conceptualisations l'idée qu'en répondant aux besoins de guérison ou de soins de santé des femmes, on protège les foetus.) De plus, en reliant la « solution » au « problème », la majorité et la minorité étaient d'accord au moins sur un point : le recours à la voie législative (c'est-à-dire une étude et une réforme éventuelle de la législation afin de protéger le foetus contre les préjudices) est peut-être la façon judicieuse (ou la plus judicieuse) de procéder. Dans leurs reportages, les médias ont essentiellement passé sous silence ces importantes convictions communes.

Présentation du « problème » et de la « solution » dans les éditoriaux et les commentaires

En plus d'analyser les reportages sur cette question, il importe d'examiner la présentation qui a été faite de cette question dans les éditoriaux et les commentaires des journaux canadiens car, par définition, c'est dans ces articles que l'opinion de la presse écrite sera la plus simplement formulée[6]. De façon générale, la présentation du « problème » dans les éditoriaux canadiens était sensiblement

---

[6] Il importe de se rappeler que les journaux canadiens font appel souvent à des agences de presse. Au moins cinq des dix journaux canadiens examinés sont publiés par Southam Press. Ainsi, le même article rédigé par Andrew Coyne a été reproduit dans ces journaux. Andrew Coyne a critiqué vivement la décision de la Cour suprême et il a utilisé un langage très négatif, voire vitriolique, dans sa condamnation des femmes enceintes et toxicomanes. Deux des cinq journaux qui ont publié le commentaire de Coyne ont aussi publié un commentaire lui faisant contrepoids (dans l'*Edmonton Journal)*. Dans ces journaux, les deux articles clairement opposés ont paru côte à côte de façon à permettre au lectorat d'examiner les multiples facettes de la question. Dans les trois autres journaux, toutefois, l'article de Coyne a été le seul commentaire publié, ce qui laisse croire, à tort ou à raison, que la position de Coyne était entérinée par l'équipe éditoriale.

la même que dans les articles (voir l'examen précédent de la présentation du problème par la majorité et la minorité) : comment protéger un foetus de préjudices, surtout de ceux causés par le comportement ou la toxicomanie de la mère? Par exemple, deux articles ont présenté le problème ainsi :

> Il faut maintenant déterminer si les droits (du foetus) peuvent être élargis de façon à le protéger des préjudices ou s'il y a de meilleures façons de protéger le foetus dans des cas comme celui qui nous occupe...
>
> Question : L'État a-t-il le droit d'obliger une femme enceinte à recevoir un traitement médical pour protéger son enfant à naître? [*Traduction*]

Tout en décrivant la cause devant la Cour suprême, plusieurs éditoriaux ont aussi souligné le fait que M^me^ G. a cherché à contrecarrer l'aide qui lui était offerte par l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg. On a mis l'accent, dans la plupart des articles, sur la bonté des différentes personnes qui ont essayé d'aider M^me^ G., dont le juge de première instance du Manitoba qui a obligé M^me^ G. à suivre un traitement. M^me^ G., par contraste, a toujours été présentée de façon beaucoup moins sympathique :

> En août 1996, au moment de sa dernière grossesse, alors qu'elle était enceinte de cinq mois, l'Office des services à l'enfant et à la famille de Vancouver s'est présenté au tribunal pour essayer de la faire placer en *garde préventive* dans un centre de traitement pour toxicomanes *pour le bien de l'enfant à naître*. Le juge de première instance, *s'accrochant désespérément à ce que la loi pouvait lui offrir*, a émis l'ordonnance... [italiques ajoutés]
>
> L'affaire a débuté lorsque les Services sociaux de Winnipeg — *avec ce que l'on suppose être les meilleures intentions, issues de frustrations légitimes* — ont demandé au tribunal d'ordonner à la femme, qui n'était connue que sous le nom de M^me^ G., d'aller dans un centre de traitement pour toxicomanes à l'été 1996. M^me^ G. était enceinte depuis cinq mois de son quatrième enfant et elle se trouvait en bien mauvaise posture en raison de sa dépendance de longue date aux vapeurs de colle. Deux de ses trois autres enfants, qui avaient été confiés aux services sociaux, étaient nés handicapés par suite de cette dépendance. [italiques ajoutés] [*Traduction*]

Un seul éditorial a présenté le problème sous un jour différent et peignait un portrait moins accablant de M^me^ G. :

> La juge McLachlin a insisté sur la portée considérable de l'octroi de droits au foetus, même dans des cas extrêmes comme celui de cette femme de Winnipeg qui a inhalé des vapeurs de colle et dont la cause est à l'origine de la décision... Comme la juge McLachlin l'a dit dans sa décision, il n'y a pas de bons et de méchants. Personne ne peut être indifférent devant la tragédie de jeunes femmes, comme celle de Winnipeg, qui consomment des substances qui endommagent le cerveau de l'enfant à naître... [*Traduction*]

Il est intéressant de noter que ce fut le seul éditorial ou commentaire qui mentionnait la citation importante de la juge McLachlin au sujet des bons et des méchants. Ce fut aussi le seul article à qualifier toute la situation de tragique, et non pas uniquement les conséquences de la consommation d'une substance illégale sur le foetus. L'éditorial a qualifié la situation de tragique, car c'est un gaspillage de potentiel humain, et une perte de potentiel pour la femme et pour son enfant à naître. La tragédie, c'est aussi la peine et la souffrance de la femme — et non simplement le préjudice occasionné au foetus. Cet éditorial montre un peu de sympathie pour la femme et donne l'impression qu'elle n'inflige pas intentionnellement de préjudices à son foetus.

Les opinions des éditoriaux sur la décision de la Cour suprême étaient partagées, tout comme leur façon de présenter la « solution ». Certains articles ont carrément appuyé le jugement de la Cour suprême :

> Le tribunal a agi correctement, dans sa sphère de compétence; il a agi judicieusement en interprétant la loi et non pas en légiférant... [*Traduction*]

D'autres ont critiqué la décision et un commentaire — reproduit dans cinq des dix journaux — a été très acerbe et très sarcastique pour exprimer l'outrage et le dépit de son auteur par rapport au verdict :

> *Une femme enceinte, une renifleuse chronique de colle, empoisonne lentement son enfant à naître. Le tribunal avait le pouvoir de restreindre un comportement aussi nocif.* Mais attention! Le Parlement n'a pas adopté de loi pour conférer au foetus le rang de personne. Pas de personne, pas de droit... Après tout, comme l'a écrit la majorité, il faudrait soupeser délicatement des droits et des intérêts opposés. *Mais examinons les faits : d'une part, la mère se verrait privée pendant quelques semaines de son solvant préféré. D'autre part, l'enfant n'aurait pas à vivre toute une vie comme un légume. Et vous voyez l'énigme...* Un portrait moral de la fin du XX^{e} siècle : une ère où la loi pouvait être invoquée pour nous protéger de nous-mêmes, mais non pour protéger les enfants contre leur mère, où il est illégal d'aller à bicyclette sans casque, mais où on jouit d'une liberté sacrée de porter un enfant souffrant du syndrome d'alcoolisme foetal [italiques ajoutés]. [Traduction]

Malgré leurs divergences d'opinion concernant l'issue de la cause, presque tous les éditorialistes ont semblé d'accord avec ce qui est ressorti comme le terrain d'entente entre le rapport de la majorité et celui de la minorité relativement à une « solution » aux problèmes : il conviendrait d'examiner et peut-être de réformer de la législation dans le but de protéger le foetus. Ces articles concluaient comme suit :

> Nous disons : « la loi telle qu'elle est à l'heure actuelle », parce que les lois, autant provinciales que fédérales, peuvent être modifiées. Dans ce cas-ci, la loi devrait l'être. Tout en respectant le droit à l'autonomie de la femme enceinte, la loi canadienne doit aussi reconnaître qu'une femme qui a indiqué son intention de mener son foetus à terme a le devoir de prendre soin de cette vie potentielle.

> Nonobstant le bourbier moral et religieux de l'avortement, la question des droits du foetus donne lieu à une éternelle controverse. Et pourtant, les Canadiennes et les Canadiens qui réfléchissent à cette question veulent explorer des façons de mieux concilier les droits individuels en adoptant des approches raisonnables aux menaces manifestes au bien-être. C'est la troisième fois que la Cour suprême renvoie au Parlement la question des droits du foetus. Il est temps que les élus fassent preuve de courage et s'attaquent à la question.
>
> Le jugement de la Cour suprême dans l'affaire des droits du foetus, qui met en cause une femme de Winnipeg, renvoie la question controversée là où elle doit normalement être réglée — aux politiciennes et aux politiciens... C'est une question qui a dépassé la loi qui la régit et il est nettement temps de la réexaminer... Le risque c'est que ce besoin clair et urgent demeure lettre morte, les législatrices et législateurs craignant de ranimer le débat sur l'avortement. [*Traduction*]

Fait intéressant à noter, plusieurs des hypothèses retrouvées dans les arguments de la minorité ont transparu dans la première citation : que toutes les femmes sont égales, qu'elles ont toutes un accès égal à l'avortement et peuvent « choisir » de mener leur foetus à terme ou pas, que la détention empêchera complètement les femmes d'avoir accès à des substances (c'est-à-dire qu'elles n'ont pas accès aux intoxicants dans les lieux de détention), que certains foetus ont des droits juridiques et d'autres pas et que « nous » (la science médicale) pouvons prédire avec exactitude que la toxicomanie causera des préjudices graves et irréparables au foetus en développement. Cela soulève bien des questions : comment, et dans quelles circonstances faudrait-il qu'une femme indique son intention de mener son foetus à terme? Quelle forme cela prendrait-il? Et si elle venait à changer d'idée? Comment « appliquer » alors la détention? Quel serait son devoir de diligence? Est-ce simplement *son* devoir de diligence ou celui des autres, dont la société? Comment peut-on différencier entre le devoir personnel et le devoir social d'une femme et d'une mère? Malheureusement, cet article passe ces questions complètement sous silence.

La deuxième citation est aussi intéressante, car, bien qu'elle soit en définitive favorable à la décision de la majorité et qu'elle critique le désir du juge Major de restreindre le comportement qui cause des préjudices graves et irréparables, en raison du caractère vague de cette expression, elle laisse aussi entendre que les solutions du juge Major « vont peut-être dans la bonne direction ». Le sens à donner aux « approches raisonnables aux menaces manifestes au bien-être » est loin d'être clair. Cependant, le traitement ou la détention obligatoire peut très bien se ranger parmi les mesures envisagées. À la fin, la « solution » préconisée par cet éditorialiste semble être un débat public où le législateur prendrait l'initiative. Bien que ce ne soit pas dit explicitement, il semble que le débat serait centré autour de l'examen de la législation pour permettre une détention obligatoire. D'autres démarches, particulièrement celles qui tentent d'intégrer les besoins de ressourcement de la femme et les besoins en matière de santé du foetus, ne sont pas mentionnées du tout.

Un seul éditorial a favorisé une « solution » qui était considérablement différente de l'examen législatif : cet article favorisait la canalisation des ressources vers des programmes de traitement

volontaires efficaces de la toxicomanie et soutenait que les cas extrêmes, comme celui de M^me^ G., ne justifient pas une réforme législative ou l'adoption d'une loi :

> Bien que l'octroi de droits au foetus soit d'abord limité à des circonstances restreintes, la pression exercée pour les étendre à d'autres situations serait inévitable... Il serait de beaucoup préférable de concentrer les efforts du gouvernement sur de bons programmes volontaires de traitement de la toxicomanie et de soins prénataux... Dans un tel système volontaire, il y aura toujours quelques cas tragiques, où les personnes refusent de se faire aider, mais ces quelques exceptions ne justifient pas l'incarcération des femmes enceintes. [*Traduction*]

Cet éditorial était aussi le seul à examiner à fond les répercussions dangereuses et possiblement négatives, des conséquences nuisibles du traitement ou de la détention obligatoire. On y soulevait certains points, dont le fait que le traitement obligatoire pouvait éroder les droits des femmes, qu'il faudrait que la loi soit draconienne et que les possibilités d'appel, s'il en est, soient restreintes, que la loi s'appliquerait inévitablement de façon différente et injuste (c'est-à-dire aux femmes pauvres et de couleur), que la loi pousserait le problème hors des cadres de la société — les femmes éviteraient les soins prénataux et la loi inciterait peut-être les femmes à demander un avortement. C'est d'ailleurs cet éditorial qui présentait le « problème » comme une tragédie pour les jeunes femmes sans humilier et blâmer M^me^ G.

Cet éditorial a été publié dans le *Edmonton Journal* et reproduit dans un autre journal. Dans ces deux journaux, il a paru à côté du commentaire incendiaire d'Andrew Coyne qui dépréciait la décision de la Cour suprême et ne montrait aucune sympathie pour les inhaleuses habituelles de vapeurs de colle, qui empoisonnent leurs enfants à naître. Cependant, le commentaire de Coyne a été publié seul dans trois autres journaux. Ainsi l'éditorial du *Edmonton Journal* a paru dans deux journaux canadiens et celui de Coyne dans cinq. Cette disparité suffit à elle seule à envoyer un message inquiétant au sujet des idéologies de la presse écrite du Canada.

Comment M^me^ G. est-elle présentée dans la presse écrite?

Il est important d'analyser comment la presse a dépeint M^me^ G., cela étant très étroitement lié à la façon dont cette même presse a présenté la question de la toxicomanie chez les femmes enceintes. De toute évidence, M^me^ G. est au centre de l'affaire de la Cour suprême; son récit pourrait — et devrait — être au centre des reportages.

Et pourtant, dans quelle mesure la description que nous avons de M^me^ G. est-elle complète? Que nous disent les médias au sujet de ses antécédents, de son patrimoine et de sa culture, des conditions dans lesquelles elle a grandi et a vécu ses années d'adolescence (lorsqu'elle a commencé à inhaler des vapeurs de solvants), des facteurs qui ont déclenché sa toxicomanie, de sa vie familiale, de l'appui de son réseau de soutien social, de ses tentatives de traitement, de rétablissement et de guérison, de ses sentiments face à la maternité, de sa lutte contre la pauvreté, de son opinion quant au traitement approprié et utile, de ses aspirations? Qu'est-ce que les médias ont choisi de révéler à son sujet et en quels termes? En façonnant l'image que nous avons de M^me^ G., quelles expressions les médias ont-ils

utilisés et quels messages ou connotations ces expressions ont-ils laissés chez le lectorat? Et, ce qui est tout aussi important, qu'est-ce qui n'a pas été dit dans les reportages au sujet de M^me^ G.?

De plus, lorsqu'on analyse le portrait de M^me^ G. présenté dans les médias, il est important d'examiner la façon dont elle est elle y est dépeinte par rapport à la description de la Cour suprême : dans quelle mesure les reportages ont-ils repris l'image présentée dans les mémoires de l'appelant et de l'intimée, ainsi que dans les opinions de la majorité et de la minorité? Bien que ces documents constituent sans doute une source d'information facile à consulter au sujet de M^me^ G., on peut s'interroger sur la nature et le caractère complet de cette information. Par exemple, Callahan soutient que le portrait fort peu sympathique que l'appelant fait de M^me^ G. — qui s'est centré sur sa dépendance aux solvants, sur ses piètres antécédents comme mère et sur son rejet des efforts des professionnelles et professionnels pour l'aider — est l'un des seuls endroits où la vie de M^me^ G. est présentée. Ces aspects négatifs et honteux de la vie de M^me^ G. ont été mis de l'avant et mis en évidence pour accorder plus de crédit à la cause de l'appelant, à savoir qu'on devrait octroyer des droits au foetus et, par conséquent, obliger M^me^ G. (et d'autres personnes comme elle) à suivre un traitement ou la détenir dans l'intérêt de la protection du foetus. L'opinion de la minorité de la Cour suprême reprend essentiellement le portrait que l'appelant fait de M^me^ G. et met en quelque sorte l'accent sur les aspects du récit qui accroîtrait sa culpabilité (c'est-à-dire la mesure dans laquelle ses enfants ont été irrémédiablement handicapés par l'effet de sa toxicomanie). En guise de contraste, Marilyn Callahan démontre que le mémoire de l'intimée et le jugement de la majorité ne procédaient pas à un examen exhaustif de la vie de M^me^ G., cela n'étant pas pertinent à la cause judiciaire. Par conséquent, un portrait plus complet et plus sympathique de M^me^ G. est également absent des documents de la Cour suprême.

De façon générale, la présente analyse du discours des médias indique que le portrait que la presse a fait de M^me^ G. semble reprendre ou refléter celui de l'appelant et de la minorité. Comme nous le verrons, les mêmes thèmes (sa dépendance, ses compétences parentales inadéquates et son rejet des services) occupent une place de choix dans les reportages et peu de déclarations faisaient contrepoids à l'aspect négatif de ces thèmes. Bien que des entrevues avec M^me^ G. aient pu dévoiler beaucoup de renseignements qui auraient pu remettre en contexte les descriptions peu flatteuses que la Cour suprême a fait d'elle (les médias n'étant pas tenus de présenter seulement les renseignements qui leur permettraient de « gagner » la cause), il y a peu de choses dans le discours qui nous permettent de croire que les médias souhaitaient véritablement examiner cet aspect de la question. Les médias, tout comme la Cour suprême, ont décidé de ne pas combler les lacunes importantes au niveau de l'information que possédait le public au sujet des circonstances de la vie de M^me^ G. et, ce faisant, ont fait ressortir les aspects de la vie de M^me^ G. qui, fort probablement, auront joué contre elle dans l'esprit du public.

La présentation de M^me^ G. dans les articles et les éditoriaux

Bien qu'il y ait eu certaines mentions descriptives au sujet de M^me^ G. (p. ex. « une femme de Winnipeg enceinte qui se drogue en inhalant des vapeurs de colle » et « une femme enceinte de 22 ans dépendante des vapeurs de colle »), les médias ont utilisé le plus souvent des mots chargés

d'émotion, évocateurs et négatifs dans la description qu'ils faisaient de M^me^ G.[7] Par une analyse de la description que la presse écrite a faite de M^me^ G., les différents thèmes suivants ont été relevés :

- M^me^ G. – une renifleuse/toxicomane;
- M^me^ G. – une mauvaise mère;
- M^me^ G. – insensible et indifférente;
- M^me^ G. – insouciante, égoïste et irresponsable;
- M^me^ G. – abusive;
- M^me^ G. – récalcitrante et ingrate envers l'État et les services sociaux;
- M^me^ G. – inhumaine, anormale et souffrant de lésions cérébrales.

M^me^ G. en tant que renifleuse/toxicomane.
Bien qu'il ait été question dans les manchettes de la plupart des articles et des éditoriaux des droits, lorsqu'il était tout particulièrement question de M^me^ G. dans les manchettes, on la décrivait comme une renifleuse (enceinte) de colle : « les juges renversent la décision qui ordonne à la renifleuse de colle de suivre un programme de traitement », « décision partagée dans le cas de la renifleuse de colle enceinte » et « une mère renifleuse de colle est sortie du brouillard et a repris sa vie en main » [*Traduction*].

En décrivant M^me^ G. comme une « renifleuse de colle », on la déshumanise on occulte les dimensions et caractéristiques de sa personne. Elle n'est plus une personne, une femme, ou une femme enceinte. Tout ce qu'elle est pour le lectorat c'est une « renifleuse ». Par contre, si l'expression « renifleuse de colle » avait été remplacée par « M^me^ G. » dans les manchettes, le lectorat aurait mieux connu le récit d'une jeune femme qui reniflait des solvants pendant sa grossesse. De toute évidence, le lectorat aurait été beaucoup plus sympathique à l'endroit d'une personne appelée M^me^ G. que d'une renifleuse; l'expression « renifleuse » ne suscite que dédain et blâme.

Le discours des médias parle aussi de M^me^ G. comme d'une « renifleuse toxicomane » : « l'affaire litigieuse met en cause une renifleuse enceinte de 23 ans de Winnipeg... » et « l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg a porté devant les tribunaux cette affaire pour forcer une renifleuse enceinte à suivre un programme de traitement de façon à prévenir d'autres préjudices à son foetus » [*Traduction*].

L'expression « toxicomane », tout comme « renifleuse », a un effet déshumanisant et dépersonnalisant, puisqu'elle en est venue à définir cette personne et ce qu'elle est. De plus, il semble y avoir une hiérarchie dans les degrés de dépendance dans les attitudes du public, les solvants étant généralement les plus stigmatisés. Ce n'est pas une coïncidence si les solvants sont aussi associés généralement aux gens les plus pauvres, les plus isolés et les plus marginaux, et qui sont principalement des Autochtones. Bien que la dépendance des cigarettes, du jeu, des aliments et de

---

[7] On peut se demander si l'emploi de l'expression « dépendance » est purement descriptif, car cela soulève la question du sens et de la connotation attachés à cette expression.

l'alcool puisse être aussi puissante et destructive, il est rare que les gens qui dépendent de ces substances soient qualifiés de « toxicomanes ». Pourquoi ne parlons-nous jamais d'une personne qui fume la cigarette comme d'une toxicomane? Parce que nous ne stigmatisons pas celles et ceux qui fument la cigarette; cette dépendance est reconnue comme un problème socio-médical. Cette question est liée à l'idéologie dominante qui a divisé les substances en drogues « bonnes » ou « mauvaises » et qui a stigmatisé et pénalisé en conséquence celles et ceux qui consomment des substances.

M^me^ G. est une mauvaise mère

Outre que M^me^ G. est décrite et définie comme une toxicomane, l'un des premiers thèmes qui émane du discours à son sujet est qu'elle était une « mauvaise » mère. En fait, la dépendance de M^me^ G. est inextricablement reliée au tableau que la presse a fait d'elle en tant que une mère déviante et déficiente. Le discours des médias reflète et renforce l'idéologie dominante de la société, selon laquelle les mères qui consomment des substances illégales sont de mauvais parents. Quels sont les autres attributs des « mauvaises mères »? Qui sont-elles et qu'ont-elles fait pour mériter une telle étiquette? Les ouvrages publiés sur la vision sociale des mauvaises mères nous disent qu'elles sont, entre autres choses, insouciantes, égoïstes et qu'elles ne font pas preuve d'abnégation, qu'elles sont négligentes et inconséquentes (Swift, 1995). Le tableau que les médias ont peint de M^me^ G. souligne qu'elle possède tous ces attributs et on y retrouvait d'importants sous-thèmes : M^me^ G. est une mauvaise mère, elle est insensible et indifférente, insouciante, égoïste et irresponsable et abusive.

M^me^ G. est insensible et indifférente

En parlant des antécédents maternels de M^me^ G., les articles des journaux parlent en ces termes de ses compétences parentales :

> L'affaire litigieuse met en cause une jeune renifleuse enceinte de 23 ans de Winnipeg... qui a déjà confié trois enfants à l'État.
>
> Elle a déjà donné naissance à trois enfants, qui ont tous ont par la suite été recueillis par les services sociaux de la province. [*Traduction*]

Bien que l'expression « confier » des enfants puisse avoir un certain sens juridique dans le contexte des loi sur le bien-être des enfants, elle laisse fermement sous-entendre le manque d'intérêt du parent envers ses responsabilités de parent. On y relève aussi l'idée d'agence et d'intentionnalité : M^me^ G., semble-t-il, se soucie peu de ses enfants; alors elle a *choisi* de les confier à l'État. L'autre commentaire dans la presse au sujet de l'historique de M^me^ G. en tant que parent précise que ses autres enfants ont tous été pris en charge par l'État. On peut soutenir que cette façon de présenter le récit de M^me^ G. met davantage l'accent sur l'absence de compétences de M^me^ G. comme mère que sur son manque d'intérêt. Quoi qu'il en soit, le message qui est transmis est que M^me^ G. n'avait pas les qualités requises comme parent. Dans leurs compte rendus sur les compétences parentales de M^me^ G., les médias ne précisent pas si cette dernière avait des ressources sociales, sanitaires et économiques suffisantes pour prendre soin de ses enfants de façon sûre et convenable, et les médias n'ont pas publié sa version de ses antécédents comme parent ni les raisons qui l'ont incitée à confier ses enfants à l'État.

M^me^ G. est insouciante, égoïste et irresponsable

Un autre thème important du discours des médias au sujet de M^me^ G., qui contribue à la présenter comme une mauvaise mère, a été son égoïsme et son insouciance. Son insouciance et son comportement irresponsables ont été fortement relevés dans l'opinion minoritaire de la Cour suprême : « qu'une mère insouciante ou toxicomane inflige un préjudice grave et permanent à l'enfant auquel elle a décidé de donner naissance » (Major). À noter que ce message n'a jamais été contesté ni mis en doute dans le discours des médias et, en vérité, le message a été implicitement reproduit, dans son ton non et dans son contenu, dans bien des manchettes et paragraphes-amorces de la presse.

De même, l'égoïsme de M^me^ G. a été un thème important dans nombre d'éditoriaux et de commentaires des médias sur la question :

> [...] une femme de Winnipeg qui est enceinte et qui renifle de la colle, identifiée simplement comme M^me^ G., ne pourrait être contrainte de subir un traitement pour protéger la santé de son enfant à naître.
>
> Voyons voir : d'une part, la mère serait forcée de s'abstenir pendant quelques semaines de son solvant préféré. D'autre part, son enfant n'aurait pas à vivre toute une vie comme un légume. [*Traduction*]

Dans ces exemples des reportages de la presse, M^me^ G. est dépeinte comme n'étant pas disposée à renoncer à ses désirs ou à ses besoins pour une substance toxique pour l'amour de son foetus — même à court terme. Le refus de M^me^ G. de subordonner ses propres « besoins » va clairement à l'encontre de l'image que la société se fait d'une « bonne » mère, dont l'abnégation est la marque de commerce et une vertu. Dans un même ordre d'idée, un autre éditorialiste a parlé de l'irresponsabilité sociale de M^me^ G. et de l'égoïsme dont elle fait preuve en étant enceinte pour la quatrième fois à l'âge de 22 ans : « et voici qu'une fois de plus, à 22 ans, elle est prête à mettre au monde son quatrième enfant » [*Traduction*].

Le message implicite ici est que M^me^ G. — une jeune femme autochtone toxicomane, pauvre et probablement assistée sociale — ne devrait pas avoir d'enfant, compte tenu particulièrement du fait que le « fardeau » des soins de ces enfants reviendra fort probablement à l'État.

M^me^ G. est négligente et abusive à l'endroit de son foetus

Le point précédent est essentiellement reproduit dans les discours du sous-thème sur la nature négligente et abusive de M^me^ G.

> Elle a déjà eu trois enfants, dont deux qui ont subi des préjudices irrémédiables permanents dans le sein en raison de sa toxicomanie et qui sont devenus des pupilles de l'État.
>
> Deux d'entre eux sont handicapés sur les plans mental et physique et victimes du syndrome d'alcoolisme foetal. [*Traduction*]

Ici, toutefois, les médias insistent sur la souffrance que les enfants de M^me^ G. ont probablement vécue en raison de sa toxicomanie; ce sont les « victimes » innocentes de son comportement. Implicitement, son comportement est répréhensible et elle peut être blâmée, d'autant plus qu'elle a « choisi » de mener sa grossesse à terme, qu'elle connaissait probablement les effets vraisemblablement nocifs de sa toxicomanie sur son foetus, qu'elle a refusé de suivre un traitement et qu'elle a « choisi » de continuer à renifler des solvants pendant sa grossesse. La toxicomanie de M^me^ G. et sa culpabilité sont soulignées par une autre déclaration très évocatrice citée dans la presse : « Une femme enceinte, une habituée de l'inhalation des vapeurs de colle, empoisonne lentement son enfant à naître » [*Traduction*].

Cette déclaration ne laisse aucune place pour la sympathie ou la compassion à l'endroit de M^me^ G. La lectrice ou le lecteur ne peut plus alors se demander si M^me^ G. elle-même ne devait pas être considérée comme une « victime » tout comme ses enfants, si l'« abus » de M^me^ G. ne devrait pas plutôt être considéré comme de l'auto-violence, ou si elle a eu sa part de souffrance. De plus, M^me^ G. ne raconte pas son histoire, comment elle en est venue à être toxicomane, ses sentiments à l'égard de ses enfants et son récit en tant que mère. Tous ces éléments semblent absents des propos des médias.

M^me^ G. est récalcitrante et ingrate envers l'État et les services sociaux

Un autre thème qui est ressorti de la représentation par les médias de M^me^ G. est son rejet — voire son opposition — par rapport aux mesures prises par les professionnelles et professionnels pour l'aider à régler son problème de dépendance. Ce thème se résume bien par la citation suivante : « les services sociaux ont constamment été déboutés dans leurs efforts pour lui obtenir un traitement. Elle a bien essayé de se faire aider à un moment donné, mais aucune aide n'était alors disponible. » [*Traduction*]

On insiste ici sur le travail incessant des praticiennes et des praticiens pour établir des liens entre M^me^ G. et des services. M^me^ G. a toutefois refusé avec entêtement et égoïsme de suivre un traitement. Le lectorat a de nouveau l'impression que M^me^ G. ne se souciait tout simplement pas de sa propre guérison ni, ce qui est peut-être plus important encore, de la santé de son foetus. En guise de contraste, on montre que les services sociaux ont tout tenté pour aider M^me^ G., même si elle est une cliente difficile (ou du moins l'a-t-on laissé entendre). Même si les médias ajoutent que M^me^ G. a bel et bien cherché à se faire traiter à un moment donné (et n'a pas réussi car il n'y avait rien de disponible à ce moment-là), cette phrase passe presque inaperçue, la formulation étant loin d'être aussi puissante.

En fait, ces deux déclarations, prises ensemble, devraient soulever plusieurs questions critiques : Pourquoi M^me^ G. a-t-elle refusé le traitement qui lui était offert? Quelle avait été son expérience antérieure avec le traitement — qu'avait-elle trouvé efficace le cas échéant, et pourquoi? Quels étaient, de son point de vue, les obstacles à un traitement efficace? Pourquoi l'aide recherchée par M^me^ G. n'était-elle pas disponible? Quelles répercussions ce fait a-t-il sur la planification des services, l'affectation des ressources et l'établissement des politiques? Les médias ne disent mot à ce sujet — ces questions n'ont pas été soulevées et la presse ne les a pas abordées. Les médias ont plutôt relevé certains faits bien choisis et faussés de l'historique du traitement de M^me^ G., de façon à la dénigrer davantage.

M^me^ G. est inhumaine, anormale et souffre de lésions cérébrales

Un dernier thème surgit du portrait que la presse écrite a fait de M^me^ G. : sa déficience et son manque d'humanité comme personne et non pas simplement comme mère :

> Elle portait un pantalon de survêtement pourpre et un chandail débardeur défraîchi. Elle avait des escarres et des ecchymoses aux genoux et aux coudes. Ses yeux étaient vitreux et ne s'exprimait pas clairement. Elle avait l'air d'un phénomène comparativement aux avocates, avocats, aux travailleuses et travailleurs sociaux et aux journalistes tout bien mis dans la galerie.
>
> Une femme qui a des antécédents de toxicomanie chronique, qui a déjà donné naissance à trois enfants, dont deux qui souffrent fort probablement de lésions au cerveau comme elle... [*Traduction*]

On dit que M^me^ G. souffre de « lésions au cerveau » et qu'elle avait l'air d'un « phénomène ». De plus, elle est dépeinte essentiellement comme le stéréotype « de l'Indienne ivre et déchue », de façon à évoquer la dérision et le mépris plutôt que la sympathie et la compréhension. En la traitant de « phénomène », le discours effectivement met une distance entre M^me^ G. et la majorité de la classe moyenne non autochtone. De plus, l'affirmation voulant que M^me^ G. souffre d'une lésion au cerveau sous-entend que sa toxicomanie a entraîné une incapacité mentale. Si tel est le cas, on implique qu'il y a peu de raisons de sympathiser avec le sort de M^me^ G. puisqu'elle est responsable de ses malheurs.

Le point de vue de M^me^ G. présenté par les médias

Lorsqu'on examine le portrait que les médias ont fait de M^me^ G., il est important de constater la disparité entre le nombre d'articles qui ont parlé de M^me^ G. (tous) et ceux où les journalistes ont parlé *avec* elle et cité *ses propos* (environ la moitié). Même les articles qui ont cité M^me^ G. présentaient des divergences au niveau du contenu. Dans l'étude qui suit une analyse de la présentation dans les médias de la perpective de M^me^ G. sur cette affaire et des causes sous-jacentes à sa situation sera faite à partir de ses citations. Une attention sera accordée aux disparités entre différents reportages, aux divergences importantes entre la façon dont les médias ont choisi de dépeindre et de parler de M^me^ G. et à la façon dont elle est présentée dans la presse, en fonction de ses déclarations.

La citation directe de M^me^ G. qui apparaît le plus fréquemment dans les reportages (dans cinq des six articles) était la suivante : « Je suis simplement heureuse que tout cela soit terminé, je veux simplement sortir de l'opinion publique a dit la femme, à la voix douce au bureau de son avocat. » Une autre citation qui accompagnait parfois celle-là (dans deux des cinq reportages et dans un des quatre articles de fond) était celle-ci : « Les mères qui sont enceintes et toxicomanes devraient donner une chance à leur bébé de vivre, tout comme l'on fait leur mère. »

Cette citation est importante, car elle suggère que M^me^ G. elle-même reconnaissait la notion de « droits du foetus » et y était favorable et appuyait, dans une certaine mesure, l'idée de prendre des mesures (peut-être une intervention) pour assurer la santé du foetus. En fait, dans un des articles cette citation a servi à appuyer la prémisse de l'article, c'est-à-dire que « M^me^ G. éprouve de la compassion pour l'enfant à naître ». Mais est-ce juste? C'est trompeur et malheureux, puisque cela nous ramène à

la présentation dichotomique de la question, soit qu'une personne ne peut éprouver de la sympathie *à la fois* pour « l'enfant à naître » et pour la femme enceinte et toxicomane. Nous ne savons pas si M^me^ G. s'identifie aux femmes toxicomanes et pourtant les médias présentent cette citation de façon à nous donner l'impression qu'elle prend la part du foetus.

La façon dont les médias façonnent notre pensée au sujet de M^me^ G. et ses sympathies est d'autant plus évidente lorsque l'on considère que ses remarques probablement les plus importantes ont été fréquemment amputées des reportages. Après avoir déclaré que « les mères qui sont enceintes et toxicomanes devraient donner une chance à leur bébé de vivre, tout comme l'on fait leur mère, on dit dans un article que M^me^ G. a déclaré : « J'aimerais qu'il y ait un moyen d'aider l'enfant à naître sans obliger la femme à suivre un traitement... Obliger la femme à suivre un traitement est bien différent de lui offrir un traitement » [*Traduction*]. Cette citation est absolument essentielle, car elle nous fait mieux comprendre l'opinion et l'expérience de M^me^ G. Elle nous la montre alors qu'elle essaie de dénouer les questions épineuses en jeu, de trouver un terrain d'entente qui permettrait d'aider la femme tout en assurant la santé du foetus. Cela reflète la tentative de M^me^ G. de *ne pas* opposer les droits des femmes à ceux des foetus et l'évaluation qu'elle fait, à partir de son expérience personnelle, selon laquelle l'intervention obligatoire n'est pas une « solution » adéquate pour le problème.

Cette citation ne se trouve que dans *un* des dix reportages et dans un des quatre articles de fond (et dans aucun des neuf éditoriaux). Le même article de fond a aussi incorporé une autre citation importante de M^me^ G., qui a été complètement ignorée dans les reportages : « Je suis heureuse d'être demeurée [dans le programme de traitement], car j'ai décidé de rester. Je voulais prendre soin de mon bébé » [*Traduction*]. Cette citation laisse entendre qu'il est essentiel d'avoir de l'espoir et de réaliser qu'il y a d'autres façons de vivre — pouvoir garder son enfant et ne pas se le faire enlever par l'État. M^me^ G. a quitté le programme de traitement, car elle voyait qu'elle pouvait mener une autre vie. Le traitement obligatoire n'aurait pas nécessairement en soi amené M^me^ G. à décider de mettre fin à sa dépendance.

Dans l'ensemble, lorsque les médias ont permis à M^me^ G. de s'exprimer, ils ont eu tendance à faire ressortir son soulagement de sortir du domaine public. Les médias ont aussi dépeint M^me^ G. comme éprouvant de la « compassion » pour « l'enfant à naître » — et ont implicitement fustigé les femmes toxicomanes. Seulement en de rares occasions les médias ont-ils présenté M^me^ G. comme tentant de trouver des solutions à ses problèmes et des moyens d'aider les femmes à se soigner sans le faire contre leur volonté. Et, dans de rares reportages, M^me^ G. est apparue aux lecteurs et lectrices comme une personne affectueuse et responsable et une mère qui voulait prendre des mesures pour régler son propre problème de toxicomanie pour son propre bien et celui de son bébé.

Que disent les médias au sujet de la toxicomanie?

Ce qui est le plus frappant dans l'étude de la façon dont les médias abordent la toxicomanie, ce n'est pas tellement les éléments abordés, mais bien ce qu'on ne dit pas. Dans les reportages sur l'affaire de M^me^ G., il y a été très peu question de toxicomanie et, plus fondamentalement, de la conceptualisation du problème. Cela sous-entend qu'une sensibilisation et un débat publics plus

grands sur les questions de dépendance n'est pas nécessaire alors qu'il est permis de croire qu'ils sont au cœur de l'affaire de la Cour suprême et qu'il s'agit des plus grands enjeux auxquels sont confrontées les collectivités et la société aujourd'hui.

M^me^ G. a été décrite par la presse comme une « toxicomane ». On a dit aussi qu'elle était dépendante de l'inhalation de solvants. Qu'est-ce que cela veut dire au juste? Comme nous l'avons déjà indiqué, ces expressions servent essentiellement à la stéréotyper et à la stigmatiser.

L'une des seules autres déclarations sur la toxicomanie relevée dans le discours des médias dans l'affaire de M^me^ G. est tirée du jugement de la majorité : « Il n'y a pas de bons et de méchants ici. C'est une histoire… où des gens s'efforcent de faire de leur mieux face à l'insuffisance des ressources et aux ravages de la toxicomanie. »

Cette déclaration est importante, car elle reflète une compréhension de la complexité des questions relatives à la toxicomanie et au traitement. Par ailleurs, les médias n'ont rien fait pour ajouter à cette déclaration. Quels *sont* les ravages de la dépendance, par exemple, et qu'est-ce que cela signifie pour les gens, et pour les toxicomanes en particulier, que d'être dépendant? De plus, comme il a déjà été signalé, seulement un des neuf éditoriaux ou commentaires sur le jugement de la Cour suprême a parlé de cette déclaration. Dans tous les autres éditoriaux ou commentaires elle a été ignorée.

Enfin, le jugement de la majorité affirmait que l'utilisation de solvants ne peut être qualifiée de choix de mode de vie. Bien que ce commentaire fasse logiquement suite à la citation précédente, il est important puisqu'il reflète les tensions manifestes entre la position de la majorité et celle de la minorité de la Cour suprême. Ainsi, cette déclaration de la majorité semble avoir pour but de contrer les allégations selon lesquelles la toxicomanie est effectivement un « choix de mode de vie ». Ces allégations sont implicites dans les affirmations de la majorité au sujet de la nécessité de restreindre les comportements de certaines femmes « insouciantes » (c'est-à-dire M^me^ G. et d'autres qui ont « choisi » ce mode de vie), ce qui, en revanche, semble qualifier la dépendance d'un échec moral.

Ce que les reportages ne disent pas

Voici quelques questions qui ne sont pas abordées dans l'examen par les médias du cas de M^me^ G. :

- Pourquoi M^me^ G. est-elle devenue toxicomane?
- Qu'est-ce que la toxicomanie et à quoi ressemble-t-elle? Qu'arrive-t-il à une personne sur le double plan physiologique et psychologique?
- Comment traite-t-on la dépendance aux solvants?
- Des traitements, de l'aide, etc., sont-ils accessibles pour les femmes enceintes toxicomanes?
- Quelles ont été les perceptions de M^me^ G. au sujet de son traitement précédent? Pourquoi a-t-elle refusé le traitement offert par les services sociaux?
- Est-ce que M^me^ G. a jugé que le traitement proposé était adapté à sa culture?
- Quelle sorte de traitement ou de soutien M^me^ G. recherchait-elle?

De plus, aucun des articles de la presse écrite n'a étudié la toxicomanie en tant que problème socio-médical (le commentaire de la juge McLachlin « sur les ravages de la toxicomanie » a été tout ce qui s'est dit sur les difficultés de traiter les gens ayant des problèmes de dépendance). De plus, aucun des articles n'a étudié comment la consommation d'intoxicants et la toxicomanie pouvaient frapper les hommes et les femmes différemment, c'est-à-dire que les raisons pour l'utilisation de substances ou la toxicomanie chez les hommes et les femmes n'étaient pas peut-être les mêmes, que la société peut stigmatiser différemment les hommes et les femmes en raison de leur toxicomanie et qu'il peut y avoir différentes façons de les traiter et différents modèles de rétablissement.

Enfin, les médias ne parlent nulle part de l'intersection épineuse des problèmes de la toxicomanie et des peuples autochtones, pas plus qu'ils ne mentionnent la toxicomanie ou l'alcoolisme dans le contexte de la colonisation, de la perte de la langue, de la culture et de l'identité, du mauvais traitement, de la pauvreté, de la marginalisation et du racisme.

L'étude de ces questions est absolument cruciale pour comprendre les comportements de M^me^ G. et les « choix » qu'elle semble avoir fait. Comme l'a souligné Marilyn Callahan, ces questions n'ont été abordées dans aucun des documents de la Cour suprême, très probablement parce qu'elles n'ont pas été jugées pertinentes à la cause juridique de la majorité et parce qu'elles auraient affaibli la cause de la minorité. On ne saura jamais vraiment pourquoi la presse a choisi de refléter les opinions de la Cour suprême et de passer sous silence ces questions, compte tenu du fait surtout que les médias ont la liberté voulue pour explorer complètement et d'un œil critique ces questions.

Ce que les médias disent au sujet des questions autochtones

Le fait que M^me^ G. soit une Autochtone n'a été précisé que dans trois des dix reportages dans le contexte d'une description générale d'elle et de son cas (c'est-à-dire, qu'après avoir cité M^me^ G. ces articles parlaient de la femme à la voix douce). Ainsi, outre le fait qu'ils mentionnaient que M^me^ G. était autochtone, ces articles n'abordaient pas les questions autochtones ni leur importance dans cette affaire. De plus, aucun des neuf éditoriaux-commentaires n'a traité des questions autochtones. En fait, la question de la race et du racisme n'a été relevée que dans une lettre à la direction du journal le *Vancouver Sun*, qui a tentait de relever l'aspect humain du « problème » des femmes enceintes qui se droguent. « Bien des femmes que nous desservons ressemblent à cette jeune femme du Manitoba; elles sont pauvres, polytoxicomanes, souvent engagées dans le commerce du sexe. Plusieurs sont des femmes autochtones confrontées au racisme et à l'isolement social » [*Traduction*].

Dans une certaine mesure, il ne faut pas se surprendre de l'absence de débat sur les questions autochtones dans le discours des médias puisque, comme l'a souligné Marilyn Callahan, les questions autochtones étaient pratiquement absentes des documents de la Cour suprême. On peut supposer que les questions autochtones n'étaient pas considérées comme faisant partie de la cause juridique de la majorité ou de la minorité et que la presse écrite a omis d'en parler de façon à refléter fidèlement le discours de la Cour suprême. Quoi qu'il en soit, comme il a été dit ailleurs dans ce chapitre, l'étude des questions autochtones est essentielle pour remettre en contexte la vie de M^me^ G. ainsi que la situation et les circonstances de bien d'autres femmes toxicomanes. Le caractère invisible de ces questions dans les médias envoie un message erroné selon lequel ces questions ne sont pas

importantes. Il s'agit d'une omission flagrante et probablement délibérée —qui perpétue la honte et le blâme que la société rejette sur les femmes.

Fait intéressant à noter, la recherche de reportages sur l'affaire de M^me^ G. dans les journaux autochtones nationaux et provinciaux a été complètement infructueuse. Même si notre équipe de recherchistes considérait cette affaire de la Cour suprême comme très pertinente pour le peuple autochtone, il n'y a pas eu un seul article à ce sujet dans la presse autochtone.

Pourquoi les médias autochtones ont-il choisi de ne pas couvrir cette affaire? Plusieurs raisons possibles nous viennent à l'esprit. Les médias craignent peut-être de rouvrir des blessures que les communautés autochtones essaient actuellement de guérir ou encore de donner l'impression que la toxicomanie durant la grossesse est (uniquement) un problème autochtone (c'est-à-dire qui alimente le racisme interne ainsi que les attitudes racistes des non-Autochtones). Aucune raison claire n'a été fournie lorsqu'on a demandé au directeur d'un journal autochtone la raison pour laquelle il n'y avait pas eu de reportages sur l'affaire de M^me^ G. Après discussion, toutefois, le directeur a reconnu que le journal avait peut-être raté le coche.

Quelles questions autochtones auraient dû être abordées les médias au sujet de l'affaire de M^me^ G.? Comme il a déjà été mentionné, les peuples autochtones subissent depuis des générations les effets dévastateurs de la drogue et de l'alcool. La consommation d'intoxicants est attribuable à un processus de colonisation et d'oppression, à la création et à la mise en oeuvre de la *Loi sur les Indiens* et du démembrement connexe des gouvernements autochtones traditionnels, à l'héritage des écoles résidentielles, où il a eu des agressions physiques et sexuelles, à la perte de la culture, de la langue, de la fierté, des connaissances relatives aux compétences parentales, des conseils et des traditions. La toxicomanie de M^me^ G., comme celle de bien d'autres Autochtones, visait peut-être au départ à atténuer ou à oublier la douleur qui accompagne l'une ou l'autre des circonstances susmentionnées; sa toxicomanie peut aussi, ou plutôt, avoir été la réponse à un manque d'estime de soi, au sentiment d'être débranchée culturellement ou même à l'ennui attribuable à l'absence de but ou d'espoir en l'avenir.

Avec le temps, les systèmes d'aide à l'enfance et de services sociaux en sont venus à connaître M^me^ G. en tant que toxicomane et jeune mère. Éventuellement, plusieurs de ses enfants ont été pris en charge par l'État. Partout au Canada, a un nombre disproportionné d'enfants autochtones sont pris en charge par le gouvernement. Il faut mieux comprendre comment les familles et les collectivités autochtones vivent cette expérience et cette question aurait pu être abordée dans les médias. Par ailleurs, le discours des médias aurait pu faire une plus large place aux expériences de M^me^ G. avec les services de traitement contre la toxicomanie, à ses perceptions sur la façon dont ils ont répondu à ses besoins comme femme enceinte des Premières nations, à ses idées relativement à des mesures mieux adaptées à sa culture pour favoriser le ressourcement des femmes autochtones.

Qui est cité dans les reportages et quels éléments sont passés sous silence?

Comme il a été mentionné tout au long de ce chapitre, l'analyse du discours des médias sur l'affaire de la Cour suprême a révélé que les personnes citées dans les reportages et les éditoriaux sont celles qui ont passablement de pouvoir et d'autorité, non seulement pour ce qui est de cette affaire mais

dans la société en général. Il n'est donc pas surprenant que les juges de la Cour suprême et la ministre fédérale de la Justice aient été les personnes les plus citées dans les médias. Les commentatrices et les commentateurs prestigieux, comme les professeurs d'université, les porte-parole des organisations nationales, comme Campagne Vie et l'Association canadienne pour le droit à l'avortement, ont été cités au moins aussi fréquemment que M^me^ G. et ont occupé une place plus importante qu'elle. Même si c'était l'affaire de M^me^ G., sa propre voix est restée souvent silencieuse dans la plupart des reportages.

Quelles autres voix étaient absentes? Notamment celles d'autres femmes enceintes et toxicomanes. Les récits de ces femmes sont au cœur du débat, et pourtant le discours des médias ne les a nullement fait connaître, n'a pas précisé comment elles vivent, comment elles perçoivent leur situation et ce qu'elles recommanderaient comme solution à leurs problèmes et aux conditions dans lesquelles elles vivent.

Les voix des intervenantes et intervenants en toxicomanie ainsi que des praticiennes et des praticiens des autres services sociaux étaient aussi absente dans les reportages sur l'affaire de M^me^ G. Il existe d'importantes connaissances au sujet de la toxicomanie et de l'alcoolisme — non seulement sur ce qu'est la toxicomanie, mais aussi sur l'expérience des gens avec la toxicomanie et sur les façons de favoriser le ressourcement et la guérison — et les praticiennes et les praticiens d'expérience auraient pu éclairer grandement le public sur les ravages de la toxicomanie.

Enfin, les leaders autochtones, en particulier les leaders traditionnels/héréditaires et les personnes qui s'intéressent aux soins traditionnels, étaient également absents du discours. Il faut absolument que leurs points de vue sur les raisons de la pertinence des questions pour les collectivités autochtones — et leurs des idées sur la façon de régler le problème dans le contexte de la vision autochtone du monde — occupent une place importante dans les reportages sur ces questions.

Les chapitres suivants de ce rapport donnent à ces groupes l'occasion d'exprimer leur point de vue.

CHAPITRE 4 : INCIDENCES DES POLITIQUES
Partie I – Perspectives des femmes toxicomanes, des femmes autochtones et des praticiennes et praticiens des services sociaux
Partie II – Les femmes autochtones se prononcent

par Deborah Rutman, Suzanne Jackson et Barbara Field

Partie I

Introduction

Dans le présent chapitre, nous examinerons la troisième question abordée par le projet de recherche : Quelle est l'incidence des politiques actuelles sur les femmes toxicomanes, les femmes autochtones, les professionnelles et professionnels des services sociaux et les décisionnaires?

Ce chapitre permet en quelque sorte aux personnes qui ont une expérience et une expertise considérables de la question de se faire entendre : les femmes toxicomanes, les femmes autochtones et les personnes qui travaillent de près avec elles. Malgré leur expérience de première main, ces personnes ont jusqu'à présent tout simplement été laissées pour compte dans le débat au sujet des politiques. Ce chapitre est divisé en deux parties de façon à présenter une vision mieux centrée des enjeux distincts et communs aux expériences partagées par les femmes autochtones interviewées.

Dans un premier temps, le portrait des femmes qui consomment des intoxicants pendant leur grossesse est présenté. Tout en sachant qu'il y a beaucoup de diversité à l'intérieur de ces groupes, nos informatrices et nos informateurs nous ont fait part de thèmes et de messages puissants — des messages qui fournissent un contexte crucial à l'étude des incidences des politiques. Les principales idéologies qui sous-tendent les politiques actuelles et approches utilisées pour travailler avec les femmes enceintes qui sont toxicomanes seront ensuite abordés. Il sera ensuite question des répercussions de ces idéologies et de ces politiques, ainsi que de l'incidence de l'absence de liens entre les politiques. Une composante importante sera les expériences vécues par les femmes toxicomanes qui tentent d'avoir accès à des traitements et leurs perceptions des obstacles à l'obtention de services et de ressources. Certains de ces obstacles sont directement attribuables aux politiques existantes, d'autres aux principes sur lesquels s'appuie le traitement et qui, en fin de compte, ne répondent pas aux besoins des femmes enceintes ou aux mères toxicomanes. Cette étude tient aussi compte des points de vue des travailleuses et des travailleurs des services sociaux au sujet des répercussions des politiques existantes sur leur pratique et sur les femmes qu'ils tentent d'aider. Dans la deuxième partie de ce chapitre, les expériences particulières des femmes autochtones et leurs perceptions des répercussions des politiques existantes et du traitement obligatoire sur les femmes enceintes et toxicomanes seront examinées. Même s'il est vrai que les effets de la consommation de substances intoxicantes sur le foetus sont les mêmes dans toutes les cultures, les facteurs qui mènent à la toxicomanie et qui y contribuent et les facteurs qui favorisent l'espoir et le changement varient. Il est donc important d'en tenir compte lorsque l'on étudie les politiques et les approches pour résoudre le problème.

L'étude repose sur une analyse thématique de quatre groupes de discussion et de quatre entrevues en profondeur[1]. Le premier groupe de discussion regroupait sept femmes qui participaient, à ce moment-là à un programme d'approche à la grossesse particulièrement destiné aux femmes ayant des problèmes de toxicomanie[2]. Parmi les participantes, il y avait quatre femmes qui étaient enceintes, deux femmes qui venaient d'accoucher et la mère de l'une des femmes enceintes qui agissait comme son soutien. Pour compléter ces données, des entrevues en profondeur ont été menées avec trois autres femmes enceintes et toxicomanes. De plus, trois groupes de discussion ont été organisés avec des personnes représentant plusieurs disciplines et qui travaillent auprès des femmes toxicomanes, dont des conseillères et des conseillers en matière de toxicomanie, des infirmières et des infirmiers de santé publique, des spécialistes du développement des jeunes enfants, des sages-femmes, des travailleuses et des travailleurs sociaux des secteurs de la protection de l'enfance, de la médecine et des hôpitaux. Deux des trois groupes de discussion comptaient des équipes ou des praticiennes et des praticiens du milieu hospitalier et le troisième du personnel d'un programme communautaire d'échange d'aiguilles. Finalement, une entrevue en profondeur a été faite avec une personne qui possédait une longue expérience comme travailleuse sociale préposée à la protection de l'enfance et comme conseillère en toxicomanie.

Contexte : profil des femmes enceintes qui consomment des substances intoxicantes

Bien que cela semble évident, il importe toutefois de noter que les femmes enceintes et toxicomanes sont des femmes qui avaient une accoutumance ou une dépendance à des intoxicants avant de tomber enceintes, et non des femmes enceintes qui commencent à consommer de la drogue ou de l'alcool pendant leur grossesse (voir Center for Reproductive Law and Policy, 1996; Noble, 1997). Rares sont les femmes enceintes et toxicomanes qui prennent de la drogue dans l'intention de causer un préjudice à leur foetus. Ce sont plutôt des femmes qui commencent à se droguer bien avant leur grossesse, qui ont de graves problèmes de dépendance, soit à la drogue soit à l'alcool, et qui, à un moment donné, se retrouvent enceintes. Plusieurs femmes ont aussi parlé du pouvoir énorme de la dépendance et de comment, malgré les meilleures intentions du monde et une volonté ferme, la drogue ou l'alcool peut prendre possession de la vie d'une personne :

> Il est difficile pour les femmes enceintes de se concentrer sur la grossesse lorsqu'elles pensent à la drogue 24 heures par jour, tous les jours, même après avoir arrêté depuis aussi longtemps et de n'avoir fait que cinq rechutes. [*Traduction*]

---

[1] Notre méthode de recherche auprès des femmes autochtones est expliquée en détail au premier chapitre.

[2] Comme il a été indiqué précédemment, il existe une une différence énorme au sein de la population générale de femmes qui consomment des substances intoxicantes pendant leur grossesse. La toxicomanie n'est pas un problème qui touche uniquement les femmes pauvres, les femmes de minorités ou les jeunes femmes — bien que ces sous-groupes tendent à cadrer fort bien dans les stéréotypes sociaux et qu'ils constituent probablement les groupes les plus « visibles » et les plus fréquemment ciblés par les services d'intervention. Par ailleurs, nous devons signaler que les femmes qui ont participé à l'étude recevaient les services d'un programme offert dans l'une des régions les plus pauvres du Canada et que près de la moitié des femmes provenaient d'une minorité visible. Ainsi, nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger des femmes de la classe moyenne ou de riches femmes professionnelles. Par conséquent, il ne fait aucun doute qu'il existe beaucoup plus de diversité dans les expériences et les perspectives des femmes enceintes et toxicomanes que l'étude ne le reflète.

Plusieurs participantes à la discussion ont fait remarquer qu'elles avaient un problème médical qui devrait être reconnu comme tel, et qui ne devait pas être considéré comme un échec moral :

> Je crois qu'il faut aider les femmes. Ce n'est pas quelque chose qu'elles font sciemment...
>
> C'est un combat de tous les jours... Je rêve encore de drogues. Je n'en ai pas pris depuis quatre ans, mais j'ai fait un rêve encore l'autre jour. Ce n'est pas de ma faute — c'est quelque chose de réel. J'ai une maladie, j'ai un problème. Le gouvernement devrait être davantage conscient de cet état de choses au lieu de simplement nous montrer du doigt et de balayer le problème du revers de la main... [*Traduction*]

Certaines femmes ignorent qu'elles sont enceintes avant quelques mois; d'autres apprennent uniquement à la fin de leur grossesse le tort que la drogue peut causer. Cependant, comme on l'a mentionné dans les ouvrages (Tanner, 1996; Bruce et Williams, 1994; Finklestein, 1994), et contrairement à l'opinion dissidente de la Cour suprême, les participantes ont fait remarquer que la grossesse se présentait comme une porte de sortie pour essayer de modifier les choses — régler leurs problèmes de toxicomanie de façon à assurer à leur enfant à naître le meilleur départ possible :

> J'ai consommé passablement de crack. Puis, j'ai appris que j'étais enceinte de deux mois. Je ne m'en suis pas rendu compte avant.
>
> Mais cette fois, je vais essayer de ne pas mettre au monde un enfant toxicomane. C'est un combat de tous les jours...
>
> Mon bébé et moi avons traversé une période de sevrage. Je fume encore la cigarette. Je sais que ce n'est pas bon pour la santé, mais c'est mieux que du crack. J'en suis maintenant loin et j'en suis heureuse... Je comprends les situations de réadaptation. Je veux donner au bébé une chance de s'en tirer. [*Traduction*]

En outre, pour les participantes, l'effort que font les femmes durant leur grossesse pour renoncer à la drogue ou réduire leur consommation a été motivé non seulement par leur désir de favoriser la santé de leur foetus, mais aussi par leur ferme désir de garder le bébé après la naissance.

> Mon conjoint et moi, nous avons suivi des cours de soins prénataux, sur l'art d'être parents — nous avons donc tout fait pour pouvoir garder le bébé.
>
> Je ne veux pas que l'enfant soit pris dans le système. Il semble en bonne santé et actif jusqu'à maintenant. J'ai eu trois enfants avant celui-ci que je n'ai pu garder. [*Traduction*]

Le profond désir des femmes de prendre soin de leur bébé et de ne pas avoir à le confier à l'État semble avoir été manifestement oublié dans la plupart des ouvrages et des reportages concernant les femmes enceintes et toxicomanes. L'impression que l'on a est plutôt que « ces femmes » ne se

soucient guère de la santé de leur foetus ou de leur enfant, ni de leurs propres responsabilités de mère; on dit qu'elles abandonnent leurs enfants (probablement parce qu'elles ne s'y intéressent guère) et qu'elles ne désirent pas demeurer en contact avec eux. Ce qui transparaît dans les discussions avec les femmes toxicomanes est toutefois bien différent. Naturellement, les liens entre les femmes et leurs enfants sont forts et profonds. Bien des femmes vont faire tout ce qu'elles peuvent — ou que les autorités leur ont dit de faire — pour conserver l'espoir de garder leur enfant :

> On m'a dit qu'il n'y avait rien de mal avec la méthadone. J'ai fait ce qu'ils m'ont dit de faire [c'est-à-dire les médecins, les gens de l'hôpital, les travailleuses et les travailleurs du Ministère]. C'est uniquement pour cette raison que je suis partie avec mon bébé. [*Traduction*]

Et puis, comme l'ont indiqué les participantes du groupe de discussion formé de femmes toxicomanes, lorsque les femmes n'assistent pas aux conférences de cas ou ne visitent pas les enfants qui ont été confiés à l'État, ce n'est pas qu'elles s'en désintéressent, mais plutôt en raison de leur propre sentiment de honte et de culpabilité devant leurs problèmes de dépendance :

> Mais mon fils n'est pas sous ma garde. Même si je suis ici [au programme d'approche pour femmes enceintes] depuis le huitième mois de ma grossesse, ils me l'ont enlevé. Je ne le vois pas très souvent. C'est très difficile...
>
> J'espérais qu'on ne me l'enlèverait pas. Mais un soir à l'hôpital, il était 23 h, la travailleuse sociale m'a dit : « Je suppose que vous savez que votre bébé sera pris en charge. » Je n'ai pu me présenter à la conférence de cas. Je me sentais si coupable.
>
> J'ai écrit à mon père [une lettre à remettre aux enfants] lorsque je subissais le traitement pour leur dire que leur mère était dans un centre de réadaptation, qu'elle allait mieux et qu'elle les aimait de tout son coeur. Et que nous allions de nouveau être ensemble. Mais pendant que j'y étais, je ne croyais pas pouvoir me trouver face à face avec quiconque et je ne pensais pas pouvoir leur dire que je suis toxicomane mais que je vais essayer de m'en sortir. [*Traduction*]

Plusieurs participantes du groupe de discussion ont parlé de l'énorme et incessant sentiment de culpabilité et de honte qu'elles éprouvent au sujet de leur toxicomanie durant leur grossesse. Certaines ont eu des idées de suicide et éprouvé des sentiments de désespoir.

> Lorsque j'étais enceinte, j'étais submergée par une sensation de culpabilité. J'en étais à mon huitième mois lorsque je suis venue ici [au programme d'approche à la grossesse]. C'est alors que j'ai lu ce document sur le effets potentiels sur mon bébé, sur les lésions possibles... Je me sentais si malheureuse, si coupable, je voulais me tuer.
>
> Je me sentais si dégoûtante, si coupable [lorsque j'étais à l'hôpital]. On se sent suffisamment instable simplement après l'accouchement.

> Je me tenais à la fenêtre en me disant que c'est fini pour moi et le bébé... [*Traduction*]

Les ouvrages et les discours des médias et des tribunaux passent sous silence ce que les femmes ressentent par rapport à leur toxicomanie. Le public est amené à croire que « ces femmes » ne se soucient guère, au fond, des lésions que leur dépendance pourra faire subir à leur foetus ou aux autres enfants. Le groupe de discussion a toutefois permis à des femmes d'exprimer leurs sentiments et de faire savoir qu'il était inexact et injuste de présenter les femmes enceintes et toxicomanes comme insensibles et irresponsables. En outre, le sentiment de désespoir de certaines femmes face aux préjudices possibles que leur toxicomanie peut infliger à leur foetus les amenait à « espérer » faire une fausse couche. Fait ironique, la fausse couche et l'avortement étaient considérés comme les seuls moyens viables de « protéger » leur enfant contre des préjudices graves et permanents.

Les sentiments de culpabilité et de honte des femmes relativement à leur toxicomanie semblent provenir de l'intérieur. Par ailleurs, elles disent que leurs sentiments étaient alimentés et accrus par leur perception que la société les humiliait et les blâmait :

> Et je ne suis pas une personne suicidaire. Mais lorsque la société vous fait sentir que vous êtes bonne à rien... [*Traduction*]

Une autre femme a parlé de son profond sentiment de gêne lorsqu'elle se trouvait dans l'aile de la maternité à l'hôpital et de son impression qu'aux yeux du personnel hospitalier et des visiteuses et visiteurs, elle et son bébé n'étaient même pas des êtres humains :

> À l'hôpital, on parlait des « bébés intoxiqués » dans la pouponnière. C'est ainsi qu'on en parlait aux gens qui étaient en visite. J'étais si gênée, à rester là dans mes pantoufles. J'aurais aimé prétendre que j'étais une infirmière, mais j'étais là, dans ces pantoufles. Des « bébés intoxiqués » — c'est un peu comme si c'était un musée ou un jardin zoologique ou je ne sais quoi... Ce n'est pas ainsi qu'on peut aider une mère à s'en sortir. [*Traduction*]

Dimensions idéologiques des politiques et de la pratique

Les discussions avec des femmes sur la façon dont elles ont été traitées par les professionnelles et professionnels des services sociaux affectés aux programmes de traitement et aux cliniques et sur les sentiments suscités par ces traitements permettent de voir les problèmes relatifs aux principes et aux attitudes qui constituent le fondement des politiques et des méthodes utilisées pour travailler avec les femmes enceintes et toxicomanes. De même, un thème central, qui est aussi un point de départ des discussions avec les professionnelles et professionnels des services sociaux au sujet des politiques actuelles et des mesures utilisées, était la dimension philosophique ou idéologique des politiques et la façon dont les idéologies ont influé sur les types de services et de ressources disponibles ainsi que sur les méthodes utilisées par les praticiennes et les praticiens qui travaillent auprès des femmes toxicomanes.

L'un des principaux aspects des idéologies dominantes, c'est leur dichotomie. La pensée dichotomique définit une question en blanc ou en noir; dans le cas qui nous occupe, elle oppose les intérêts d'une femme à ceux de son foetus. Par conséquent, la pensée dichotomique peut créer les différences ou les conflits entre les parties ou les amplifier. De plus, en raison de la façon de présenter le problème, en blanc ou en noir, la pensée dichotomique limite la créativité lorsqu'il s'agit de trouver des solutions efficaces aux problèmes ou de résoudre les conflits.

Cette pensée dichotomique est manifestement évidente dans la façon dont sont présentées les questions relatives à la toxicomanie pendant la grossesse. Une informatrice qui possède une longue expérience en tant que conseillère auprès des toxicomanes et une travailleuse sociale préposée à la protection de l'enfance, ont fait remarquer que cette pensée dichotomique était généralisée dans le secteur de l'aide à l'enfance et qu'elle est démontrée lorsque les soins professionnels sont orientés soit vers la santé de la mère, soit vers la santé de l'enfant à naître, et lorsque les « droits » de la femme et ses « meilleurs intérêts » sont opposés à ceux de son foetus. Cette informatrice a parlé de la mesure dans laquelle ce genre de raisonnement était devenu fermement ancré :

> Nous disons : « Attention, c'est un tout. Comment trouver et analyser sans se mettre automatiquement en situation de confrontation? » Et vous vous rendez compte que c'est vraiment difficile. [*Traduction*]

D'après les participantes, la population canadienne doit considérer la toxicomanie durant la grossesse comme un problème de santé et social, et non pas comme une question qui oppose la femme à son foetus ou à son bébé. Les praticiennes et les praticiens ont aussi parlé de la nécessité de travailler activement pour que les femmes n'aient pas l'impression d'être facilement remplaçables, en dépit de la nature sérieuse de leurs problèmes.

Prédominance d'un modèle d'abstinence

Selon les prestataires de services, les politiques, les programmes et les mesures actuelles reposent sur un modèle d'abstinence pour le traitement de la toxicomanie. Les participantes ont décrit ce modèle comme étant dichotomique en ce sens que c'est « tout ou rien » ou « noir ou blanc »; on supposait alors, et on exigeait même, que les gens qui avaient une dépendance à des intoxicants « disent simplement non ». Rien de moins que cela était considéré comme un échec personnel. En effet, d'après les informatrices et informateurs, le modèle d'abstinence était à l'origine des préjudices et des attentes des praticiennes et des praticiens et créait en quelque sorte, une lentille au travers de laquelle on pouvait surveiller les progrès. Ces attentes, ou cette « pensée magique » selon le terme employé par une des personnes présentes, ont aussi conduit à une mentalité de « réussite ou d'échec » fondée sur la honte, de la part des travailleuses et des travailleurs sociaux et des femmes qu'on tentait d'aider. Les limites de cette approche pour les femmes marginalisées qui avaient des problèmes complexes et multiples, dont la dépendance s'étendait sur 20 ans ou plus, ont été clairement exprimées comme suit :

> Si l'abstinence est le seul résultat qui peut être considéré comme un signe de succès, alors évidemment tout le monde sera considéré comme refusant de se conformer,

> d'admettre qu'il y a un problème, car ce n'est pas tout le monde qui peut y arriver pendant le temps que nous pouvons leur consacrer. [*Traduction*]

Les praticiennes et les praticiens ont aussi constaté que l'attitude des médias et du public reflète de façon générale et renforce l'idéologie de l'abstinence qui est manifeste dans les politiques :

> Le traitement proposé par la collectivité consiste à dire aux toxicomanes de cesser de consommer, de sortir de la rue et de se trouver un emploi — de mener une vie ordonnée. [*Traduction*]

On a remarqué que le modèle traditionnel de traitement à partir duquel plusieurs programmes et politiques ont été élaborés reposait sur les conclusions de travaux de recherche faits auprès de gens de sexe masculin, de couleur blanche et de classe moyenne. Bien qu'un modèle d'abstinence ait pu être efficace pour les hommes, il semble que ces conclusions ne s'appliquent pas à un groupe multi-ethnique et polytoxicomane de femmes enceintes. Les professionnelles et professionnels qui participaient aux groupes de discussion et aux entrevues ont plutôt critiqué vertement l'idéologie de l'abstinence et tentaient activement de mettre en place un modèle de réduction des méfaits dans le cadre de leur travail communautaire et en milieu hospitalier.

Les effets des modèles et de l'idéologie de l'abstinence

D'après les participantes et les participants, un modèle d'abstinence ne tient pas compte de la réalité de la vie des gens, ni des raisons pour lesquelles ils consomment des intoxicants, des autres problèmes auxquels ils sont confrontés, des fins auxquelles servent les drogues. En poussant un plus loin ce dernier point, d'importantes questions sont soulevées :

> Il faut comprendre la fonction du comportement dans la vie de l'individu : comment fonctionne son mécanisme d'adaptation? Pourquoi ? Qu'arrive-t-il si on le retire?
>
> Par exemple, est-ce que la consommation d'héroïne empêche une femme de secouer son bébé parce qu'il a des coliques? [*Traduction*]

En outre, le modèle d'abstinence ne tient pas compte du fait que le rétablissement et la guérison sont des processus qui exigent considérablement de temps et d'efforts, qu'il y a très souvent des rechutes et des reculs et qu'il est préférable de les mesurer en fonction de très petites réalisations :

> À mon avis, la difficulté pour nos clientes et clients ce sont les politiques relatives aux programmes d'alcool et de drogue. On ne permet aucun alcool à aucun moment. Le but est la tolérance zéro. Il y a des gens qui essaient de réduire leur consommation et simplement d'améliorer leur qualité de vie et qui considèrent ces programmes comme un but à long terme. Ils font de petits pas et ont besoin de petits pas pour y arriver. C'est simplement trop demander que d'accepter de ne plus jamais consommer.

> Dans le monde de l'alcool et de la drogue, le procédé doit normaliser les reculs. Les rechutes ne doivent pas être considérées comme des échecs. C'est plutôt une occasion d'apprendre quelque chose. [*Traduction*]

Dans le même ordre d'idées, il faut encourager les femmes toxicomanes et les féliciter pour chaque étape qu'elles ont réussie à franchir, même petite (même suivie d'un recul). Lorsque ce n'est pas le cas, lorsque ces petites étapes ne sont pas reconnues, les femmes se sentent démoralisées et seules. Selon les participantes, cela peut constituer un véritable obstacle au traitement :

> J'essayais, même sur le tard, de faire quelque chose. Et personne ne m'écoutait...
>
> Mais maintenant, j'ai un bel appartement. Et j'ai de la nourriture! J'ai du café, du thé, du sucre, du lait dans le frigo! Et du savon. Les gens ne s'en rendent pas compte. Mais si les gens pouvaient le voir. Ce sont des petites choses comme celles-là qui ont beaucoup d'importance. [*Traduction*]

Il importe de retenir que les femmes ont besoin de cet « espace » pour exprimer leurs progrès (ou reculs) et les personnes qui travaillent auprès des femmes devraient être tout particulièrement conscientes de l'importance de ces jalons, même infimes.

Selon les participantes, un traitement qui prône l'abstinence crée souvent d'autres obstacles à l'obtention de soutien pour les gens et peut même être un motif de refus d'admission à un programme de traitement. Par exemple, dans certains programmes qui adhèrent au modèle de l'abstinence, il faut qu'une personne n'ait rien consommé jusqu'à quatre semaines avant de s'inscrire au programme et elle doit demeurer complètement sobre pendant toute la durée du programme. Si l'on empêche une personne d'être acceptée dans le programme de traitement parce qu'elle n'est pas sobre, cela pourrait vouloir dire que la personne continuera à consommer des intoxicants et, ce faisant, à compromettre sa santé et, dans le cas d'une femme enceinte, celle de son foetus. Comme l'une des participantes l'a dit :

> Pour le moment, c'est tout ou rien. Vous devez dire non aux drogues — vous ne consommez pas de drogue ou d'alcool ou vous n'avez pas droit au service. Nous nous rendons compte que trop de gens vont mourir ou vont tomber malades avant qu'ils ne se rendent dans un lieu d'abstinence. La question est donc celle-ci : comment le service évolue-t-il pour faire en sorte que les gens qui consomment activement obtiennent des services maintenant? [*Traduction*]

L'hypothèse ou l'idéologie qui assimile les parents qui prennent de la drogue à de mauvais parents

Il y a une autre série d'hypothèses dichotomiques, qui est évidente dans les politiques d'aide à l'enfance, et généralisée chez nombre de praticiennes et de praticiens : les parents toxicomanes ne sont pas — et peuvent probablement ne pas être — des parents « sûrs » ou « bons ». Ces hypothèses, qui ressemblent au modèle de l'abstinence ou qui en découlent en ce sens qu'elles reflètent la pensée du « tout ou rien » ou du « passe ou échoue », ont grandement influencé les politiques de protection

de l'enfance, les protocoles d'évaluation des risques et la pratique des professionnelles et professionnels pluridisciplinaires de la santé de la famille. Par exemple, d'après un praticien, cette idéologie a tellement influencé les décisions des travailleuses et des travailleurs sociaux à la protection de l'enfance lorsqu'il faut déterminer si une mère toxicomane peut prendre soin de son ou de ses enfants en toute sécurité, que le processus décisionnel en a été réduit, en fait, à des formules :

> Je ne sais pas si cela se produit [ici], lorsqu'il faut déterminer si une femme consomme de la drogue ou non. Si elle en consomme, elle doit suivre un traitement sur le champ. Si elle ne suit pas le traitement, elle n'a le droit de garder pas son bébé. Et c'est ainsi : une formule plus ou moins implicite[3]. [*Traduction*]

De même, une autre participante a fait part de sa frustration devant les professionnelles et professionnels dont les décisions semblaient reposer uniquement sur leurs attitudes ou leurs préjugés par rapport aux compétences parentales et à la toxicomanie :

> Et c'est très frustrant de faire affaire avec quelqu'un qui vient tout juste de commencer un emploi et qui ne vous écoutera pas alors que vous faites ce travail depuis quatre ans ou plus. Et c'est ce qui se produit. Je veux dire que tout se résume à cette question simpliste : « Comment cette personne peut-elle être mère si elle est toxicomane? » Ou, ce qui est encore pire : « Et bien, elles ont le VIH. Je dois prendre le bébé. » Et on ajoute : « Non, cela n'a rien à voir avec leur capacité d'être mères. » « Mais si elles prennent de la drogue et si elles ont le VIH, elles vont mourir de toute façon. Pourriez-vous téléphoner au médecin de ma part? Nous devons organiser une importante réunion de planification pour déterminer où placer cet enfant, car sa mère va être morte dans un an. » Et nous devons reprendre tout du début et expliquer que cela ne se produira pas. [*Traduction*]

En discutant de cette idéologie, les informatrices et les informateurs ont rappelé qu'il fallait examiner d'un esprit critique comment l'histoire et la politique façonnent notre raisonnement. Par exemple, un informateur a déclaré que la campagne américaine anti-drogue engendrait des images de « nobles alliés et d'ennemis détestables ». Cela a mené les travailleuses, les travailleurs et le public à considérer les mères toxicomanes sous un jour très négatif et à acquérir des attitudes dont il serait extrêmement difficile de se départir. Les réflexions critiques d'un informateur l'ont amené à signaler l'hypocrisie sous-jacente de la société qui différencie entre les « bonnes » et les « mauvaises » drogues; en réalité, les bonnes drogues (nicotine et alcool) causent des préjudices à beaucoup plus de personnes que toutes les autres drogues combinées. Il a incité en outre les gens à songer à ce qui suit :

> Qui tire profit de cette dichotomie? Qui finance Partners for a Drug-Free America? Les fabricants de produits pharmaceutiques et les distillateurs qui ont investi dans un programme sur les bonnes et mauvaises drogues. [*Traduction*]

---

[3] Voir la première note de la préface du présent rapport pour une brève description du modèle de réduction des méfaits.

Les effets de l'hypothèse ou de l'idéologie qui assimile les parents toxicomanes à de mauvais parents

Les praticiennes et les praticiens des groupes de discussion se sont dits très préoccupés au sujet de ce qu'ils considèrent comme une ramification importante de l'idéologie qui veut que les personnes qui consomment de la drogue et de l'alcool sont de mauvais parents. La tendance actuelle dans le domaine de la protection de l'enfance est de considérer la toxicomanie des parents comme une raison suffisante en soi pour retirer l'enfant. Notre principal informateur, tout comme les données provenant du groupe de discussion ont laissé entendre que la dichotomie de cette hypothèse voilait la complexité de la question. Même si les participantes et les participants conviennent qu'il peut y avoir un lien entre la dépendance incontrôlée et la négligence des enfants, et bien que personne ne nie que la toxicomanie des parents constitue un véritable problème, les participantes et les participants estiment que les critiques acharnées des médias au sujet du régime d'aide à l'enfance ont effectivement incité les décisionnaires ainsi que les praticiennes et les praticiens à adopter une attitude punitive dans leur travail avec les familles touchées par la toxicomanie. De plus, les participantes et les participants craignaient que cette attitude ne soit improductive et ne conduise à de piètres résultats, tant pour les enfants que pour les parents :

> Nous recevons de plus en plus d'appels en raison de cet examen que font les médias. Je reçois ces appels... de gens qui demandent s'ils doivent ramener le bébé ou s'il faut analyser les urines de la mère et du père. Et je vais le faire, il y a une chasse aux sorcières ici — et la pente est glissante si nous ne commençons pas à nommer les choses de manière générale et à utiliser des modèles qui pourraient être efficaces. [*Traduction*]

Les femmes toxicomanes sont très conscientes du fait que plusieurs professionnelles et professionnels ont à leur sujet des vues négatives fondées sur des préjugés à leur égard, parce qu'elles sont enceintes ou mères. Comme il a été souligné, bien des femmes éprouvent déjà un fort sentiment de honte et de culpabilité au sujet de leur toxicomanie durant la grossesse; cependant, il semble que ces sentiments soient souvent alimentés par la perception que les travailleuses et les travailleurs sociaux les blâment, les jugent d'avance car ce sont des « toxicomanes », et considèrent qu'elles mentent, qu'elles sont des mères inaptes, insensibles et même abusives. L'une des femmes a parlé d'une travailleuse sociale qui s'est fait accompagner par un policier à l'occasion d'une visite à domicile pour voir le bébé.

> L'une des travailleuses sociales a amené les policiers chez moi. C'est un peu comme une descente de drogue. Elle voulait voir le bébé... qui était en bonne santé, qui dormait. [*Traduction*]

La détresse des femmes devant l'attitude de reproche des praticiennes et praticiens et leurs préjugés a été accentuée par la reconnaissance du pouvoir que détenaient certains professionnelles et professionnels, particulièrement lorsqu'il s'agissait de questions relatives à la protection de l'enfance et à la prise en charge des enfants. Les participantes et les participants ont affirmé se sentir impuissants, de façon générale, dans leur interaction avec les autorités médicales et celles de l'aide à

l'enfance. De plus, leur sentiment d'impuissance était accentué par leur conviction que les préjugés des professionnelles et professionnels les empêchaient de considérer les femmes comme des individus et de reconnaître les efforts de rétablissement des femmes. Comme l'a exprimé une participante du groupe de discussion :

> Je vais vous raconter une histoire : J'aime mon mari. Quand j'étais à l'hôpital pour la naissance de mon dernier bébé, j'étais si heureuse de voir mon mari. Je me suis réveillée réellement le matin et il était là avec son sourire du matin et tout et tout, et je ne peux que dire : « Chéri, je t'aime! » Mais quand j'étais à l'hôpital, il y a une infirmière qui disait qu'il me donnait de la drogue et que c'était pour cette raison que j'étais heureuse de le voir, parce qu'il me donnait de la drogue. J'avais l'impression que cette infirmière avait tellement de pouvoir... [*Traduction*]

Les professionnelles et professionnels ont aussi remarqué que les femmes toxicomanes connaissent la position actuelle du Ministère et que, par conséquent, elles craignent de rencontrer les travailleuses et les travailleurs du Ministère et les résultats de ces interactions. En outre, certains informateurs et informatrices estiment qu'en raison des attitudes actuelles au sujet des parents toxicomanes, certaines femmes mentent ou ne divulguent pas toute l'information aux professionnelles et professionnels :

> La réalité c'est déterminer si elles sont honnêtes — je rencontre des femmes qui mentent à leur travailleuse sociale — elles me disent qu'elles ne vont pas dire quoi que ce soit, car, au bout du compte, elles savent qu'on prendra probablement leur bébé. [*Traduction*]

Dans l'ensemble, les répercussions des préjugés des praticiennes et des praticiens sur l'expérience des femmes et leur sentiment d'impuissance représentent une profonde crainte et une non moins profonde méfiance envers bien des professionnelles et professionnels. Les craintes des femmes sont tangibles, omniprésentes et elles émanent d'une expérience perturbante et démoralisante. Leur crainte aussi portait sur une question en particulier, que leur bébé soit pris en charge par les autorités de l'aide à l'enfance. En outre, leur crainte semble accentuée par la reconnaissance des politiques et des pratiques actuelles du ministère de l'Enfance et de la Famille qui considère la toxicomanie des parents comme facteur à haut risque et qui donne souvent lieu à des ordonnances de prise en charge de l'enfant. Une femme a parlé de son anxiété relativement à ce qu'elle croit être le pouvoir de son médecin de faire prendre l'enfant en charge :

> Certaines personnes ont tellement de préjugés. Par exemple, le médecin de l'hôpital. Elle ne m'aime pas. J'ai encore peur qu'elle ne trouve une façon quelconque de m'enlever mon bébé.
>
> Vous risquez alors de perdre votre bébé [au ministère de l'Enfance et de la Famille]... Tout ce qu'il faut c'est qu'une personne soit contre vous. [*Traduction*]

Comme il a été possible de le constater dans les ouvrages recensés, la méfiance et la crainte des femmes pourraient les inciter à éviter les traitements de désintoxication et les soins médicaux

prénataux (Goldberg, 1995; Metsch *et al.*, 1995; Noble, 1997). Une participante à un groupe de discussion a parlé de cette question en disant qu'elle se rendrait dans une autre province pour avoir son bébé afin que les autorités ne saisissent pas l'enfant sous des prétextes qu'elle juge apparentés aux préjugés (ce qui est arrivé auparavant à son avis).

> [Pleurant.] Je vais quitter la Colombie-Britannique pour avoir ce bébé. J'ai tellement peur. Mon appartement est beau. J'ai même des meubles. Mais j'ai tellement peur qu'on vienne m'enlever mon bébé. J'ai déjà vécu cela. Je ne consommais plus depuis quatre mois. Mais ils m'ont quand même pris mon bébé. Je l'ai eu pendant deux jours avant que les huissiers ne viennent me l'enlever. [*Traduction*]

De même, une autre participante a dit que ses profondes inquiétudes d'être jugée par les travailleuses sociales avaient, en fait, retardé ses efforts pour trouver de l'aide ou pour suivre un traitement. À sa surprise, elle a constaté que les professionnelles et professionnels qui participaient au programme pluridisciplinaire d'aide à la grossesse auquel elle a finalement participé étaient extrêmement accueillants et ne portaient pas de jugements.

> Quand je suis arrivée ici, j'ai eu peur. Je serais venue plus tôt si j'avais su. Mais j'avais terriblement peur d'être jugée. Ils prennent soin de moi, ils se soucient véritablement de moi. [*Traduction*]

Il fut extrêmement heureux que cette femme surmonte ses peurs et trouve un programme où, à son avis, les travailleuses se soucient d'elle sans la juger, mais la conclusion de cette l'histoire n'enlève rien au fait que a) pendant la majeure partie de sa grossesse, cette femme a continué à prendre de la drogue et à éviter de suivre un traitement en partie parce qu'elle craignait d'être traitée de façon irrespectueuse par les professionnelles et professionnels et b) de façon générale, les femmes évitent de suivre le traitement en raison des idéologies dominantes punitives, qui consistent à blâmer ces femmes. Or, les préjugés influent sur les politiques actuelles et sur la pratique professionnelle. De toute évidence, ces femmes enceintes qui évitent les traitements et les soins prénataux sont une conséquence possiblement désastreuse des pratiques et des politiques actuelles. C'est un résultat non voulu qui, fait ironique, pourrait donner lieu à des préjudices et à des actes de négligence importants pour les femmes et les enfants.

Dans le même ordre d'idées, les femmes toxicomanes ont bien insisté sur le fait que leurs inquiétudes concernant la peur de voir l'enfant être pris en charge, apparemment inculquées ou renforcées par les tactiques d'épouvante de certains professionnelles et professionnels, ont eu l'effet contraire c'est-à-dire l'accentuation de leur problème de dépendance :

> J'ai si peur qu'on vienne prendre mon bébé... Ils croient que cela va m'aider. Mais ce qu'ils font, c'est de me rendre encore plus fermement dépendante des substances intoxicantes. [*Traduction*]

Un lien encore plus direct entre le fait de perdre en fait un enfant et les substances intoxicantes a été établi par les femmes dont l'enfant a été pris en charge par l'État. Certaines femmes ont dit carrément

que, après l'appréhension de leur enfant, elles n'avaient plus de raison de cesser de consommer des drogues et de l'alcool :

> Quand on a pris en charge mon bébé, j'ai été au téléphone avec mon revendeur pendant une demi-heure.
>
> Il faut que je me souvienne à quel point j'étais heureuse avant de devenir dépendante, lorsque je contrôlais ma propre destinée... Après avoir perdu mes enfants je me suis dit que personne ne se souciait de moi. [*Traduction*]

Le message de ces femmes est clair : pourquoi cesser de consommer de l'alcool et des drogues alors que ce à quoi elles tenaient le plus — leurs enfants — leur ont été retirés? Compte tenu de l'expérience des femmes, leur sentiment d'impuissance et leur comportement autodestructeur s'expliquaient par l'impression qu'elles avaient d'être inutiles. Les expériences des femmes ont aussi des conséquences claires pour les politiques actuelles et le choix de solutions de rechange. Le recours à la menace, à la peur ou à l'intimidation qu'un enfant va être pris en charge représente un obstacle majeur au rétablissement des femmes enceintes et toxicomanes. La crainte accentue les problèmes de toxicomanie des femmes. À l'inverse, si elles ont l'espoir de conserver leurs enfants, cela constitue une importante motivation pour inciter les femmes à cesser ou à réduire leur consommation de drogue. Comme une femme nous l'a dit, au sujet de l'importance de l'espoir :

> G. est mon infirmière préférée. Il y a une fois où j'ai fait une bêtise et j'ai vraiment eu peur — qu'est-ce que cela peut vouloir dire pour le bébé? Mais G. a dit : « Ne te sens pas coupable. Ton bébé est actif. » C'est le genre de personne dont nous avons besoin. Lorsque je chute, il faut que je parle à des gens comme G... Avant de venir ici, je voulais me tuer. [*Traduction*]

Prédominance et effets de la pensée dichotomique sur les politiques d'aide à l'enfance axées soit l'enfant, soit sur la famille

En étudiant les idéologies, les politiques et les pratiques existantes, les participantes et les participants ont aussi observé que les décisionnaires et les professionnelles et professionnels maintenant une vision dichotomique, c'est-à-dire à centrée soit sur l'enfant, soit sur la famille. En examinant l'incidence des politiques actuelles sur les femmes enceintes toxicomanes et sur les personnes qui travaillent avec elles, ce débat sur les politiques doit être souligné, à la fois parce que la pensée dichotomique va à l'encontre d'une approche qui favorise la santé de la famille et le modèle de traitement centré sur les femmes, et aussi parce qu'elle a influencé la pratique de bien des professionnelles et professionnels qui travaillent auprès des femmes-mères toxicomanes :

> Je crois que vous avez des conflits parce que nous, qui sommes du milieu de la pédiatrie, avons un point de vue différent, axé sur l'enfant... Et je crois que certains de vos collègues, avec qui nous avons des interactions, ont une attitude davantage axée sur la famille, sur le parent. Cela veut dire inévitablement qu'à l'occasion il y aura désaccord lorsque vous défendez davantage les intérêts de la mère que ceux du bébé... [*Traduction*]

Cette question accable depuis des décennies le domaine de l'aide à l'enfance et a contribué à l'établissement de politiques et de programmes qui ont connu des mouvements de balancier. Bien que nombre d'observatrices, d'observateurs et travailleuses et travailleurs de l'aide à l'enfance aient beaucoup critiqué cette façon de voir qui divise en blanc ou en noir — soutenant plutôt que l'attitude holistique axée sur la famille bénéficiera aussi aux enfants — cette pensée dichotomique semble, de façon générale, fermement ancrée. À l'heure actuelle, en grande partie par suite du résultat de l'enquête Gove en 1995, la politique de l'aide à l'enfance en Colombie-Britannique met l'accent sur les intérêts de l'enfant. Ce déplacement vers une pratique axée sur les enfants a aussi été repris par l'examen minutieux des médias (et du public) et la critique régulière du ministère de l'Enfance et de la Famille.

Les participants et les participantes ont observé à la suite de cet intense examen public et gouvernemental, que le message du Ministère aux travailleuses et travailleurs sociaux de première ligne dans la protection de l'enfance était qu'ils seraient tenus personnellement responsables des décisions concernant la prise en charge et des conséquences de ces décisions. Ainsi :

> Les travailleuses et les travailleurs sociaux du Ministère n'ont pas de solution de rechange à offrir et n'ont d'autres choix. Ils ont peur de perdre leur emploi et adoptent une approche aussi prudente que possible, c'est-à-dire la prise en charge à ce qui est probablement le pire moment pour retirer le bébé — la naissance. [*Traduction*]

Les professionnelles et professionnels se montraient sympathiques face aux problèmes et aux pressions auxquels doivent faire face ces travailleuses et travailleurs sociaux; en fait, les commentaires des participantes et des participants indiquent qu'ils considèrent cette orientation, qui inspire la crainte et une attitude visant à « protéger ses arrières », a de sérieuses conséquences négatives pour les praticiennes, les praticiens ainsi que les familles. Quoi qu'il en soit, les participantes et les participants craignaient surtout l'effet négatif pour les familles de cette orientation, qui consiste à retirer les enfants avant que cette solution ne devienne le dernier recours, particulièrement lorsque le retrait se fait à la naissance.

Prédominance et effets des stéréotypes, des modèles homogènes et des ghettos accolés aux femmes toxicomanes

Enfin, en étudiant les idéologies dominantes et leurs effets sur les politiques ou les pratiques, les participantes et les participants ont discuté de la tendance du public — et des professionnelles et professionnels — d'enfermer dans des ghettos les femmes qui ont des problèmes de toxicomanie :

> Je conviens que c'est la collectivité, et non la ghettoïsation, que nous craignons le plus. Dès qu'il est question de femmes toxicomanes, aux yeux des gens, c'est une population ghettoïsée. Mais ce n'est pas vrai.
>
> Je pense qu'ils doivent comprendre que cela peut être n'importe qui, des gens de tous les horizons. J'ai rencontré des professeurs, un ministre, des gens qui travaillent dans

> une banque, qui conduisent des autobus scolaires. Non, nous voulons des stéréotypes; ce n'est pas simplement une personne ordinaire comme nous. [*Traduction*]

Comme les participantes et les participants l'ont fait remarquer, en voulant enfermer dans des ghettos les femmes toxicomanes ou alcooliques, on les met dans un groupe homogène de personnes indigentes, peut-être d'assistées sociales, de sans-abri, de femmes marginalisées et, plus que probablement, autochtones. La ghettoïsation des femmes leur fait perdre leur individualité et leur situation unique; leurs expériences et leurs besoins deviennent invisibles. De plus, la ghettoïsation peut amener les professionnelles et professionnels à limiter leur effort d'aide et à les orienter surtout sur les femmes qui cadrent, à leur avis, avec les stéréotypes de race et de classe qui ont cours au sujet des femmes enceintes et toxicomanes. Cela devient, en fait, une prédiction qui se réalise, certains groupes étant surreprésentés dans la population « touchée » et « ciblée » :

> Les gens des Premières nations, surtout les femmes, sont criminalisés de façon disproportionnée pour leur toxicomanie. Si vous êtes avocat héroïnomane à Kitsilano, il est peu probable que vous en veniez à vous trouver dans le collimateur de l'État. [*Traduction*]

Les participantes et les participants croient fermement que les problèmes de toxicomanie transcendent les catégories raciales et socio-économiques. Pourtant, l'image qui est présentée des femmes enceintes toxicomanes, en tant que femmes pauvres sur le coin de la rue, qui essaient de se procurer leur dose de crack, laisse peu de place aux femmes à revenu moyen, par exemple, pour leur permettre de faire connaître leurs besoins aux aidantes et aidants. Par voie de conséquence, les informateurs et les informatrices estiment que la majorité de ces femmes demeurent isolées :

> Je crois que nous avons parfois une image toute faite d'une toxicomane, d'une personne ruinée et servile, alors qu'il peut s'agir d'une personne de classe moyenne, qui semble bien dans sa peau — mais qui consomme des intoxicants pendant la grossesse. [*Traduction*]

Les contradictions et les incohérences des politiques

Les contradictions entre les politiques de différents domaines

Les praticiennes et les praticiens ont beaucoup critiqué le manque de cohérence et de coordination entre les politiques des principaux ministères, en particulier, les politiques d'aide financière du ministère des Ressources humaines et les politiques de protection de l'enfance du ministère de l'Enfance et de la Famille. Les travailleuses et les travailleurs ont parlé des femmes « prises » dans les débats sur les politiques de différents ministères au sujet de qui pourrait ou voudrait faire quoi. Les praticiennes et les praticiens sont aussi conscients du fait que même si les combats quotidiens des femmes sont essentiellement attribuables à la pauvreté, ils ont aussi été exacerbés par les expériences frustrantes des femmes qui essayaient d'avoir accès aux ressources des ministères qui, contre toute logique, n'ont plus de relations avec elles, et par l'obligation qui leur est imposée de participer à des programmes sans avoir les moyens de s'y rendre :

> Demandez donc à cette mère de vivre dans la pauvreté et obligez-la ensuite à suivre des cours sur l'art d'être parent et de faire ceci et cela, d'aller à gauche et à droite, d'essayer d'obtenir un laissez-passer d'autobus des services financiers, ce qui est en soi, un mal de tête. Je ne pourrais y arriver, mais alors, vraiment pas. [*Traduction*]

Les femmes sont piégées

D'après les participantes et les participants, les contradictions entre les politiques imposent un stress énorme aux femmes et pourraient miner leurs efforts pour se préparer une vie sûre à temps pour la naissance du bébé. De toute évidence, si une femme ne peut trouver les ressources nécessaires pour avoir cet espace sûr, elle risque de voir l'État lui enlever son bébé :

> Les femmes ne reçoivent pas un appui financier quelconque pour les aider à se préparer à la venue du bébé avant que la naissance ne soit imminente... d'une part, les services financiers refusent de financer certaines choses, alors que les services de protection examinent la situation pour voir quels préparatifs ont été faits, quel type de logement vous avez. [*Traduction*]

Les gens sont punis en raison de leur toxicomanie

Les participantes et les participants ont été extrêmement perturbés par les récentes modifications apportées aux politiques d'aide au revenu en vertu desquelles des laissez-passer ne sont plus accordés pour se rendre aux services de traitement pour la drogue et l'alcool. Les praticiennes et les praticiens estiment que ces directives reposent sur une idéologie punitive et qu'elles ont ajouté des obstacles en empêchant les femmes de recevoir les soins dont elles ont besoin :

> [...] pour que les services de traitement des alcooliques et des toxicomanes ne soient plus considérés comme admissibles aux laissez-passer d'autobus. Cela veut donc dire que les clientes et les clientes de notre programme du jour qui comptaient sur les laissez-passer devront maintenant trouver un autre moyen de transport. Ou bien nous payons pour leur transport, ou ils ne viendront pas. Alors dites-moi en quoi ces mesures sont raisonnables pour nous qui travaillons auprès de cette population.
>
> Ainsi donc nous punissons. Si vous avez un problème d'alcool et de drogue, vous obtenez moins d'aide financière. [*Traduction*]

En étudiant les incohérences entre les secteurs de politiques, plusieurs praticiennes et praticiens ont aussi noté l'effet négatif qu'une descente policière auprès des « travailleuses de la rue » a eu sur la capacité des praticiennes et des praticiens de communiquer avec leur clientèle et de leur offrir des services :

> Nous allons sur place et essayons d'être disponibles dans les secteurs où il y a de la toxicomanie, nous rencontrons souvent des gens qui errent dans la rue, les arrêtons et leur demandons s'ils ont besoin de services. Avant cette importante descente policière, des travailleuses de la rue, on en trouvait, mais elles ont disparu depuis.

> Nous en sommes un peu déçus; nous n'en rejoignons pas autant qu'auparavant, disons, il y a deux ans. [*Traduction*]

Bien que cette descente ait apparemment « nettoyé » certains quartiers de la municipalité et ainsi fait l'affaire des intérêts commerciaux et touristiques, elle a aussi forcé les femmes toxicomanes dans la clandestinité et elles n'ont plus accès aux services connus de traitement. En outre, l'action de la police s'inscrit dans l'idéologie de la honte et du blâme qui donne une légitimité à l'idée que « ces gens » sont des cas pathologiques dont on peut disposer.

Le manque de coordination et de communication dans le domaine de la santé familiale

En plus de discuter de l'absence de liens et de coordination entre les ministères et les différents secteurs des politiques, les participantes et les participants ont également soulevé la sempiternelle question du manque de coordination entre les disciplines et les services dans le domaine de la santé familiale. En termes plus précis, les participantes et les participants estiment que les services de toxicomanie et le régime d'aide à l'enfance doivent mieux connaître leur mandat respectif, les principes, les services et les ressources de chacun. Au coeur de cette question, il y avait la nécessité de favoriser une meilleure communication entre les professionnelles et professionnels de plusieurs disciplines et de plusieurs services :

> Je pense que la communication est une question très importante et que la situation s'améliore beaucoup à ce chapitre. Mais il arrive qu'après avoir beaucoup travaillé avec une femme, je suis à l'hôpital et j'apprends que le bébé est pris en charge. On est alors tout surpris car le Ministère n'avait pas la moindre idée qu'elle avait travaillé avec Sheway ou avec Safe Passages... [*Traduction*]

Une autre participante a exprimé une inquiétude semblable :

> Je crois aussi qu'il y a essentiellement deux systèmes — le régime de l'aide à l'enfance et les services aux alcooliques et aux toxicomanes. Quelle interaction y a-t-il entre les deux? Je l'ignore, mais, à ma connaissance, on pourrait certainement faire beaucoup mieux... Mais je pense que pour pouvoir vraiment évaluer une femme qui prend de la drogue et déterminer sa capacité d'être mère, le régime d'aide à l'enfance doit avoir plus de renseignements au sujet de la toxicomanie, de la réduction des méfaits et de l'art d'être parent. [*Traduction*]

Une autre importante question soulevée par les participantes et les participants ressort de ces commentaires : il y a une importante relation de pouvoir inégale entre le système d'aide à l'enfance et de protection de l'enfance et les autres disciplines ou services du domaine de la santé familiale (p. ex. les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, la santé publique, etc.). Nombre de praticiennes et de praticiens avaient l'impression que le système de protection de l'enfance administrait les pratiques et les politiques des autres secteurs de service. Cela a eu des effets importants à la fois sur les travailleuses et les travailleurs et sur les femmes. Cette notion est aussi liée aux idéologies étudiées dans la section précédente (p. ex. la pensée dichotomique, la primauté de l'enfant).

Confusion des rôles et frustrations chez les travailleuses et les travailleurs

Plusieurs participantes et participants ont noté que l'absence de cohérence entre le système de protection de l'enfance et les autres secteurs de services, ainsi que l'apparente dominance de la protection de l'enfant ont donné lieu à une certaine confusion des rôles. Une travailleuse du secteur de l'hygiène publique a parlé des dilemmes qu'elle a vécus et de sa frustration devant le fait que les besoins de ses clientes n'étaient pas satisfaits :

> J'ai parfois l'impression de marcher dans deux tranchées différentes... Quelle est mon obligation juridique? Je constate maintenant que des personnes appellent le service de la santé — elles sont désespérées, elles se sentent coupables, elles ont cessé de prendre de la drogue et puis recommencent, elles sont enceintes. En quoi consiste mon travail comme infirmière hygiéniste? Si je dis que je dois le signaler au ministère chargé de la protection de l'enfance, que je suis obligée de le déclarer à l'hôpital, vous pourriez avoir une mère qui entre immédiatement dans la clandestinité et je perd à ce moment-là tout contact avec elle. Je ne sais donc trop quoi faire comme praticienne — quel est mon rôle comme travailleuse à la protection de l'enfance : obéir aux lois ou répondre aux attentes, ou établir une relation quelconque avec cette femme, travailler avec elle et me demander ce qui donne le meilleur résultat? J'ai l'impression d'être dans deux mondes différents, sans avoir où aller. [*Traduction*]

Les femmes fuient les traitements

Selon les participantes et les participants, les incohérences entre les politiques et les pratiques n'ont pas été améliorées par la création du ministère de l'Enfance et de la Famille de la Colombie-Britannique qui est le résultat du regroupement de plusieurs services importants (santé publique, santé mentale, corrections, traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, aide à l'enfance, protection de l'enfance) en un seul ministère. En fait, les participantes et les participants soutiennent que le regroupement des services de toxicomanie dans ce nouveau ministère a été une expérience plutôt effrayante pour certaines des femmes auprès de qui ils ont travaillé. Ce fut le cas en particulier lorsque les femmes devaient aller à un bureau associé à la « protection de l'enfance » pour se faire conseiller relativement à leurs problèmes de dépendance. En fait, les professionnelles et professionnels estiment que le fait de regrouper dans un même endroit des services d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes et des services d'aide à l'enfance semble avoir été fait même si cela signifie que les femmes qui ont des problèmes de toxicomanie risquent ainsi de ne plus recevoir le soutien dont elles avaient besoin :

> Le fait que les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie fassent maintenant partie du ministère de la Protection de l'enfance s'avère un obstacle, particulièrement pour les mères toxicomanes. La première chose qu'elles voient en arrivant au bureau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, c'est une affiche portant la mention ministère de l'Enfance et de la Famille — services d'alcoolisme et de toxicomanie. J'ai parlé à au moins quatre mères qui m'ont dit s'être rendues jusqu'à la porte pour ensuite faire demi-tour parce qu'elles craignaient qu'on leur enlève leurs enfants. [*Traduction*]

La formation en matière de toxicomanie est insuffisante

En poursuivant la discussion, les participantes et les participants ont qualifié de problématique le fait que les travailleuses et les travailleurs de certaines disciplines reçoivent une formation en matière de toxicomanie contrairement à d'autres praticiennes et praticiens. Ces personnes ont insisté, en particulier, sur la nécessité pour les travailleuses et les travailleurs de l'aide à l'enfance d'avoir une formation et des connaissances plus poussées au sujet de la dépendance à l'alcool et aux drogues, particulièrement en ce qui a trait au rôle de parent. Les participantes et les participants étaient d'avis qu'il était à la fois irresponsable et inacceptable sur le plan professionnel d'octroyer aux travailleuses et aux travailleurs de la protection de l'enfance les pouvoirs qui leur étaient conférés, à moins d'être aussi bien renseignés sur la toxicomanie que les conseillères et les conseillers du domaine. Les commentaires des participantes et des participants ont aussi démontré les dangers qu'il y avait à combiner le manque de connaissances des professionnelles et professionnels et les attitudes orientées vers l'abstinence et les préjugés à l'endroit des parents toxicomanes :

> Si, en tant que société, vous conférez des pouvoirs à un groupe d'individus pour qu'ils puissent retirer les enfants de leurs familles, vous devez aussi vous assurer qu'ils comprennent et connaissent tous les aspects de cette dynamique. Or, ce n'est pas le cas. Lorsque la consommation de drogues et d'alcool est prise en compte, je ne sais pas à quel pourcentage de la prise en charge cela correspond, mais je suppose que c'est un pourcentage très élevé, si ces personnes n'ont pas... Il faudrait qu'elle soient aussi bien formées que toutes les personnes ici présentes ou que le personnel des centres de désintoxication. Mais ce n'est pas le cas et je trouve cela terrible. Des travailleuses et des travailleurs sociaux m'ont dit ne pas savoir quand s'inquiéter. S'ils s'occupent d'enfants ils peuvent déceler des signes de mauvais traitement ou d'autres problèmes, mais avec les parents, ils ne savent pas nécessairement quelle quantité de consommation est excessive. Si on vous a élevé en vous disant qu'une telle conduite est effroyable, vous ne pouvez qu'agir en fonction de ce que vous avez appris. [*Traduction*]

La plupart des travailleuses et des travailleurs sociaux que les participantes et les participants connaissent souhaitent se perfectionner sur le plan professionnel relativement à la toxicomanie ou à l'alcoolisme; malheureusement, leur charge de travail et leurs responsabilités ne leur laissent pas le temps de suivre une formation approfondie. Cela a des conséquences au niveau des exigences de formation attribuables aux modifications apportées aux politiques et à la charge de travail des praticiennes et des praticiens pluridisciplinaires qui travaillent dans le domaine de la santé familiale.

Finalement, les participantes et les participants ont discuté des incohérences dans d'autres secteurs de la santé familiale — outre le système d'aide à l'enfance. Ce manque de liens a été considéré comme favorisant l'absence de compréhension de la complexité des éléments qui contribuent aux problèmes de toxicomanie par les travailleuses, les travailleurs et les femmes :

> Les politiques du système séparent les gens. Par exemple, relativement aux déclarations d'agressions sexuelles, on a dit aux travailleuses et aux travailleurs qui

> s'occupent de consommation d'alcool et de drogues que cela ne relevait pas d'eux et qu'il fallait référer le problème ailleurs. Ridicule! Il faut comprendre que demander à une personne de cesser de prendre de la drogue, cela peut l'obliger à renoncer aux relations sexuelles puisqu'il est possible que la seule façon pour elle d'avoir des relations sexuelles ce soit en prenant de la drogue, ce qui la protège contre la douleur d'une agression sexuelle antérieure. [*Traduction*]

Des inquiétudes ont été soulevées au sujet de l'absence de contacts entre la plupart des médecins de famille et l'équipe de soins et des conséquences de cette situation par rapport à une identification précoce des femmes enceintes toxicomanes et de l'aide à apporter à ces femmes.

La pénurie des ressources et des possibilités de traitement pour les femmes enceintes ou mères

Les commentaires sur les conséquences pour les femmes enceintes et toxicomanes des ressources disponibles ont surtout porté sur la pertinence de leur conception, leur disponibilité en temps opportun et les obstacles à l'accès. Tous conviennent, de façon générale, que les politiques devraient prévoir l'admission des femmes enceintes à tout service de traitement qui répond à leurs besoins particuliers, dès qu'elles demandent de l'aide. Cependant, la réalité pour les femmes semblait loin de cet idéal.

Caractère adéquat/inadéquat des ressources actuelles

Lorsqu'il s'agit des ressources actuelles de traitement, les praticiennes et les praticiens des services sociaux ont réitéré la critique fondamentale du système faite par les femmes toxicomanes, à savoir qu'il y a pénurie d'options de traitement pour les femmes qui sont enceintes ou mères. Selon les participantes et participants de deux groupes de discussion différents :

> Mais il n'y a rien. Nous n'avons pas de ressources où les femmes peuvent aller. Nous ne pouvons même pas les placer dans un lieu de court séjour où elles peuvent se loger.

> Où iront les femmes dont le tribunal n'a pas ordonné le traitement? J'ai rencontré des femmes qui étaient enceintes et qui auraient aimé profiter de cette occasion, mais elles ne pouvaient aller nulle part. [*Traduction*]

En outre, les praticiennes, les praticiens et les femmes toxicomanes mettent en doute le caractère adéquat de la plupart des ressources et des programmes actuels pour les femmes enceintes ou mères, c'est-à-dire, bien que les centres traditionnels de désintoxication existent et conviennent à d'autres groupes, les participantes et les participants ont mis en doute leur caractère adéquat pour bien des femmes, en particulier celles qui sont enceintes ou mères. Selon les participantes et les participants, la plupart des programmes ne tiennent pas compte du fait que les femmes enceintes et mères ont des problèmes et des besoins tout à fait particuliers, ou que des femmes différentes ont des besoins différents. Lorsqu'il s'agit du caractère adéquat des ressources existantes de traitement et de soins, les participantes et les participants ont dit que les principaux éléments du « caractère adéquat » comprenaient la culture, les différences entre les sexes (c'est-à-dire reconnaître que les traitements

qui sont bons pour les hommes ne conviennent pas nécessairement aux femmes) et la toxicomanie (reconnaître qu'un traitement qui connaît du succès auprès des alcooliques peut ne pas convenir aux gens qui consomment de l'héroïne ou inhalent des solvants, ou vice versa).

Par exemple, plusieurs femmes ont parlé du manque de coordination entre les services et les ressources de traitement qui existent actuellement et les besoins des femmes enceintes. Des femmes ont souligné que même si un centre de rétablissement était adapté à la culture et dirigé par d'anciennes toxicomanes, il ne conviendrait toutefois pas si on ne reconnaissait pas les besoins particuliers et les circonstances particulières des femmes enceintes.

> Il ne s'agit pas uniquement des gens qui ont consommé. Il faut un endroit qui soit particulièrement adapté aux femmes enceintes. Au centre de réadaptation pour toxicomanes, il y avait des gens qui avaient consommé, mais j'étais la seule qui était enceinte. [*Traduction*]

En effet, une praticienne a mentionné que ses propres efforts et ceux de ses collègues pour réorganiser des services de traitement pour les femmes et pour mettre en place une stratégie de réduction des méfaits dans plusieurs centres institutionnels découlaient :

> [...] d'une reconnaissance du fait que ces femmes n'avaient pas été bien servies et qu'elles étaient passées entre les mailles du filet... et elles avaient été rejetées par les services traditionnels d'alcool et de drogue. [*Traduction*]

Conséquences d'options de traitement inadéquates : les femmes décrochent

Les praticiennes et les praticiens ont trouvé qu'il était déplorable et frustrant, mais complètement compréhensible, que les femmes aient eu tendance à décrocher et à quitter les services de traitement existants :

> Vous pouvez admettre les femmes ici, mais il n'y a que quatre lits et ce n'est pas le centre idéal. Elles s'ennuient à mourir. Elles se sentent seules et c'est très différent, très classe moyenne, des gens très différents. Il n'y a personne avec qui se lier d'amitié et c'est souvent ce qui les incite à partir plus que toute autre chose; elles sont seules et s'ennuient. Et elles se retrouvent à l'extérieur. Et c'est incroyablement frustrant. Vous savez qu'elles veulent suivre un traitement mais il n'y en a pas où elles puissent aller avec leurs bébés. [*Traduction*]

Caractère adéquat/inadéquat des ressources actuelles

Comme il a déjà été souligné, la grossesse peut représenter une importante porte de sortie pour les femmes toxicomanes puisque c'est une période où les femmes sont particulièrement motivées à essayer de cesser de consommer ou à réduire leur consommation ou encore à chercher un traitement ou des appuis. Lorsque les femmes décident qu'elles sont prêtes à subir un traitement, elles recherchent de l'aide immédiate. Il est donc honteux de faire attendre pendant des semaines, sinon des mois, une personne ayant des problèmes de consommation de substances intoxicantes, mais c'est encore plus inconcevable dans le cas des femmes enceintes. Quoi qu'il en soit, c'est l'expérience de

bien des femmes de la Colombie-Britannique, y compris de certaines participantes du groupe de discussion. Une femme nous a dit, par exemple, qu'elle a continué à prendre de l'héroïne pendant un mois au milieu de sa grossesse, avant qu'on ne lui trouve une place dans un programme de traitement approprié :

> J'ai dû attendre un mois avant de pouvoir être admise dans un programme à l'hôpital. Cela été difficile. J'ai continué à consommer durant tout ce mois pendant que j'étais enceinte. [*Traduction*]

De plus, reprenant la critique des femmes qui disent que les programmes de traitement ne sont pas accessibles au moment où les femmes enceintes en ont besoin, les professionnelles et professionnels ont parlé de la nécessité de veiller à ce qu'il y ait, en tout temps, diverses options de traitement pour les femmes enceintes :

> Et si c'est tellement important, c'est parce que souvent c'est à ce moment-là que la femme est prête. Pour plusieurs raisons, elle peut ne pas avoir été prête à recourir aux services de soutien pour l'aider à se préparer à devenir mère ou pour contrer ses problèmes de toxicomanie. Mais elle sera probablement prête comme jamais au moment de la naissance. Alors vous voulez à tout prix vous occuper de cette femme à ce moment-là et l'aider. [*Traduction*]

Ce commentaire révèle deux éléments importants : qu'il devrait y avoir une variété de ressources et de programmes qui tiennent compte de la diversité des circonstances et des besoins des gens et que la réceptivité d'une femme au traitement peut varier. En d'autres termes, la réceptivité n'est pas un état de « tout ou rien », qui est vécu de la même façon et de la même manière par toutes les femmes.

Sans ressources en temps opportun, des occasions sont ratées

Les praticiennes et les praticiens conviennent avec les femmes que le fait de ne pouvoir accéder immédiatement à des services — au moment où les femmes sont prêtes —pourrait signifier qu'une occasion cruciale de rétablissement et de soins serait ratée.

> Nous avons dirigé quelqu'un au service de l'alcool et des drogues hier, mais ils réduisent leur personnel à un rythme alarmant. Alors il nous faut attendre deux ou trois semaines et la personne risque de ne plus être prête à ce moment. [*Traduction*]

Une autre praticienne nous a raconté une anecdote révélatrice au sujet d'une femme qui a tenté à maintes reprises, mais sans succès, d'avoir accès à des services de traitement pour alcooliques et toxicomanes :

> C'est toute une expérience que d'accompagner quelqu'un et de constater l'état de la situation. Elle est vraiment enthousiaste et naïve et elle entre et on lui dit : « Désolé, on ne peut vous voir maintenant. Revenez dans trois semaines. » Elle revient après ce délai et on lui dit : « Oh, je suis désolé, votre rendez-vous est annulé aujourd'hui; la travailleuse ne peut vous aider, mais vous pouvez revenir jeudi à 16 h. » Lorsqu'elle

> revient le jeudi à 16 h, on lui dit : « Oh, la travailleuse a été appelée à l'extérieur. Pensez-vous que vous pourriez revenir demain à 14 h? » À subir toutes ces épreuves, il y a de quoi devenir fou. [*Traduction*]

Comme le fait remarquer cette travailleuse, l'effet de tous ces délais ridicules pourrait fort bien être que la patience de cette femme s'épuise, ce qui est compréhensible, et qu'elle se désintéresse du traitement. Malheureusement, son manque d'intérêt peut être interprété comme de la « résistance » et utilisé contre elle à l'avenir.

Accessibilité/inaccessibilité des ressources existantes.
Certaines femmes toxicomanes ont parlé de l'atmosphère presque « militaire » de certains services de traitement. Les règles inflexibles et les attitudes rigides des praticiennes et des praticiens qui travaillent dans les centres de traitement sont considérées comme un obstacle important au rétablissement des femmes. Par exemple, une femme a dit avoir été renvoyée d'un centre de traitement parce que son partenaire et sa fille sont venus dans sa chambre :

> La directrice a toute une attitude. J'y suis demeurée huit jours... Mais, à la fin, j'ai été mise à la porte par la directrice. Ma fille de 15 ans est venue dans ma chambre avec mon ami — il ne devait pas y avoir personne dans les chambres avec nous — et la directrice a déblatéré contre eux. Je l'ai regardée et j'ai dit : « Nous vous avons entendu. » Et alors on m'a jetée dehors parce que je ne me suis pas excusée. On m'a dit que j'avais une mauvaise attitude. Et alors elle ne voulait pas me donner mon argent du bien-être ni même un billet d'autobus. [*Traduction*]

Il est clair que les tracasseries qui sont créées par les services qui s'appuient sur les principes de l'abstinence érigent de véritables obstacles pour cette population vulnérable. Par exemple, un praticien a parlé d'une situation où une femme ayant de longs antécédents d'héroïnomanie et de cocaïnomanie a demandé de l'aide à un centre de traitement local pour femmes. Comme beaucoup, la politique d'admissibilité de ce centre exige des femmes qu'elles n'aient consommé aucune substance intoxicante quatre semaines avant l'admission. Une semaine avant l'entrée prévue, cette femme a fumé un joint; par conséquent, elle ne pouvait plus être considérée comme abstinente et n'est plus admissible au traitement même si elle n'a utilisé ni cocaïne ni héroïne durant cette période de quatre semaines.

Cet exemple soulève bien des questions et bien des critiques. Cependant, le praticien désirait démontrer la rigueur des politiques qui ont fait rater une belle occasion à cette femme hautement motivée et qui voulait s'aider elle-même et aider son bébé en développement. Il s'agit aussi d'une autre illustration de l'adhésion à un modèle d'abstinence enchâssé dans les politiques de fonctionnement, en dépit du fait qu'une politique indique clairement qu'il faut accorder la priorité au traitement des femmes enceintes et appuyer les principes de réduction des méfaits.

Même s'il est important d'avoir des règles de base pour orienter le comportement de la clientèle des centres de traitement, il est clairement improductif de mettre fin au traitement d'une personne parce qu'elle est incapable d'adhérer complètement aux règles ou parce qu'il y a un conflit de personnalité

avec le personnel — surtout dans le cas d'une femme enceinte. Les services de traitement doivent donc être assez souples, surtout pour les femmes enceintes. Le désir des femmes de se faire traiter, l'intérêt qu'elles manifestent dans leur guérison et la santé de leur foetus devraient orienter l'attitude adoptée par les centres qui travaillent auprès d'elles.

Idéologies en transition : le fonctionnement et les effets de la mise en oeuvre d'un modèle de réduction des méfaits

Plusieurs travailleuses et travailleurs ont constaté que les méthodes de réduction des méfaits fondées et d'abstinence sont manifestes dans les politiques et les pratiques de cette discipline. Ainsi, nous sommes dans une période de transition philosophique, qui s'accompagne de tensions et de débats, car les idéologies d'un côté comme de l'autre influencent l'évolution de la situation.

Il n'est peut-être pas très surprenant de constater que les participantes et les participants parlent des difficultés que cette transition pose aux praticiennes et aux praticiens en fonction de leur position dans le continuum des soins (c'est-à-dire s'ils travaillent principalement avec des femmes toxicomanes ou avec les bébés en sevrage) et des occasions de réflexion sur l'origine de leurs propres attitudes et préjugés :

> Ça n'a pas été facile... Ça n'a pas été facile pour nous en tant que comité d'obtenir un consensus, mais lorsqu'il est question d'éléments concrets pour chaque femme, quel est le résultat? Et puis comment obtenir un changement dans la pratique? Et cela, vous savez, est notre combat depuis deux ans. [*Traduction*]

Il y a aussi eu la lutte pour faire entériner et adopter par toutes les composantes du régime de santé familiale, en particulier par le système d'aide à l'enfance, méthode de réduction des méfaits. Les participantes et les participants estiment que le ministère de l'Enfance et de la Famille ne s'était pas encore engagé à adopter un modèle de réduction des méfaits et que la position du Ministère contribue aux difficultés des praticiennes et des praticiens :

> Le Ministère doit donc décider d'adopter le concept d'une réduction des méfaits, s'attendre à ce que les gens qui travaillent au sein de celui-ci s'en tiennent à ces directives. Le contraire est inacceptable. Et il va demander les commentaires des gens qu'il dessert. Je ne crois vraiment pas qu'il y fait attention. [*Traduction*]

Il y a aussi une grande de confusion autour du sens à donner à la « réduction des méfaits ». Les participantes et les participants ont dit comment, au début, les praticiennes et les praticiens assimilaient la réduction des méfaits à l'adoption d'une attitude de laisser-faire et de non-intervention. Cependant, ces personnes soutenaient que la méthode de réduction des méfaits exigeait des praticiennes et des praticiens, outre une responsabilisation de leur part, qu'ils prennent en considération plusieurs facettes de la vie d'une personne qui peut donner lieu à un préjudice.

> Par définition, la réduction des méfaits rend la personne qui l'applique responsable de la reconnaissance du préjudice. Elle doit aussi s'efforcer de réduire au minimum ce

> préjudice dès qu'il a été reconnu. C'est donc presque l'opposé du laisser-faire. Cela vous rend responsable… en examinant la famille et en disant : « Où se situe le préjudice dans cette famille? Que puis-je faire? Quelle est ma responsabilité pour réduire ce préjudice? » Et pour vous donner une simple analogie ou un exemple — et ce n'est pas des drogues dont nous parlons ici — je parle de la pauvreté et des logements et de tout le reste. Cet hôpital, lorsqu'il a adopté la politique de donner congé aux femmes deux jours après l'accouchement... nous avons des femmes de l'aile ouest qui sont passées au programme de soins prénataux à domicile et qui sont revenues. Deux bébés sont revenus avec des lésions neurologiques irréversibles, faute d'avoir pu faire de suivi. Et ce qui est presque ironique, c'est que les femmes et les familles à risque élevé que nous avons gardées environ une semaine, jusqu'à ce que nous sachions qu'elles avaient un bon logement sécuritaire, que le bébé prenait du poids et que nous savions qu'il y avait un suivi — nous n'avons jamais eu de problème après la naissance. Parce que nous avons reconnu, nous avons recherché le préjudice, nous l'avons reconnu et nous l'avons réduit au minimum. Et c'est à ce moment-là que la réduction des méfaits fonctionne. Alors donc, si quelqu'un vous dit que c'est juste une façon de brouiller les choses, ce n'est pas vrai. Vous avez la responsabilité de reconnaître ce préjudice et, en fait, de le réduire au minimum, avant que la personne ne soit plus sous vos soins. [*Traduction*]

Les participantes et les participants ont noté que bien des professionnelles et professionnels reconnaissaient de plus en plus que la réduction des méfaits doit faire partie du même spectre que l'abstinence, et qu'il ne s'agit pas d'une dichotomie. Une certaine confusion demeure toutefois. Une participante a dit que la question suivante en était une bonne illustration : comment décrivez-vous une femme qui prend de la méthadone — elle consomme une drogue ou est-elle en voie de se rétablir? Les participantes et les participants ont affirmé que cette question causait de véritables problèmes aux femmes enceintes qui ont opté pour la méthadone croyant qu'elles réduiraient les méfaits pour leur bébé. Elles ont pourtant entendu des personnes les qualifier de mauvaises mères en raison de leur consommation de drogue pendant la grossesse.

Malgré les difficultés de certains travailleurs et travailleuses durant la période de transition, les participantes et les participants ont insisté sur le fait que, à tout prendre, les praticiennes et les praticiens voyaient d'un assez bon œil l'adoption d'une méthode de réduction des méfaits, car cela leur permettait d'adopter une approche holistique auprès des femmes et de leur famille et d'apporter et de reconnaître des changements positifs de manière démontrable, bien que minime. Comme les participantes et les participants l'ont indiqué :

> En changeant de méthode, en éduquant et en considérant la femme dans son intégralité et d'une façon différente, ainsi que son problème de toxicomanie, il est possible d'adhérer à un modèle de réduction des méfaits en se disant que s'il a été possible d'entrouvrir la porte une première fois c'est peut-être suffisant pour que la prochaine fois il soit possible d'interagir avec cette personne et de construire quelque chose à partir de ce point. Vous savez qu'il est impossible de guérir le problème, mais

> c'est ce que nous voulions faire. Nous voulions le régler. Entrez et nous le réglerons et ensuite vous pourrez partir. Et maintenant la réalité c'est qu'un processus est nécessaire. Et je pense, à partir de deux unités de soins prénataux, là où nous voyons ces femmes venir et partir, avec l'éducation et le changement de méthode, que beaucoup de membres du personnel se sentent bien mieux puisque nous pouvons aider les familles qui passent par ici. Nous sommes encore loin de réaliser tout ce que l'on voudrait faire, mais c'est un véritable point de départ et je crois que nous avons parcouru un long chemin.

> Ainsi donc, la réduction des méfaits a d'abord été interprétée comme signifiant qu'on ne ferait plus rien avec ces femmes et certaines personnes ont réagi en affirmant qu'il faut dénoncer les abus lorsqu'il y a abus. Cela ne veut pas dire que vous changez quoi que ce soit à vos anciennes pratiques. Cela veut simplement dire que, lorsque vous considérez le problème, vous pouvez comprendre que ce n'est pas juste un problème de toxicomanie hors de contrôle — cela peut être relié au fait que la personne n'a pas de logement sûr ou qu'elle est dans une relation de violence. Si nous commençons à faire quelque chose au sujet des autres agents de stress, la capacité de contrôler la toxicomanie peut alors changer. Les gens n'ont pas eu l'occasion de comprendre qu'il y a un lien entre tous ces éléments.

Conclusion : Répercussions des ressources de traitement sur la protection de l'enfance

En discutant du besoin énorme de ressources supplémentaires axées sur les femmes, les participantes et les participants ont affirmé qu'il y avait un lien direct entre la nature et le nombre d'options et de traitements appropriés pour les femmes enceintes ou mères et la « demande » pour la protection de l'enfance. Ces personnes ont ajouté que la disponibilité des autres options de traitement pourrait avoir des répercussions importantes sur le système d'aide à l'enfance et pourrait, en fait, réduire considérablement la fréquence et le degré d'intervention du système :

> Ce que je veux dire, c'est que si nous avions un service où il serait possible d'envoyer une femme — qui prend de la méthadone ou un médicament psychotrope parce qu'elle n'est pas prête à l'abstinence complète — avec son bébé, tout le système d'aide à l'enfance réagirait différemment face à ces femmes. [*Traduction*]

Partie II : Incidences des politiques : les femmes autochtones se prononcent

Introduction

La toxicomanie durant la grossesse est un problème très sérieux qui touche tant les collectivités autochtones que non autochtones partout au Canada. Dans les communautés autochtones, la toxicomanie durant la grossesse et ses effets nocifs figurent parmi les innombrables défis auxquels elles sont confrontées depuis des générations, surtout par suite de la colonisation.

Le démantèlement systématique du gouvernement et de la culture autochtones ont conféré un sentiment d'impuissance à de nombreuses de personnes et de multiples générations. Le régime de l'école résidentielle a fait naître des sentiments de confusion chez les enfants autochtones qui les fréquentaient. Leur façon de vivre, qui était la source de leur fierté culturelle et de leur identité, a été ridiculisée et rejetée dans un effort pour briser leur sentiment de loyauté envers leur famille. Les enfants ont été endoctrinés et contraints, sous peine de châtiments corporels, de rejeter tout ce en quoi ils avaient cru. Des générations d'enfants ont été volées à leurs parents et à leurs communautés. On a appris à ces enfants à haïr leurs parents, eux-mêmes et leur culture. Ces enseignements ont eu un effet sur l'estime de soi et la confiance en soi de chaque génération depuis. Une fois tous les enfants du village partis, les parents ont été laissés sans enfants à élever, sans élèves à éduquer et les enfants ont été laissés sans parents et sans personne pour les élever. La perte de la famille et de la culture en a laissé plusieurs désorientés, sans but ni fonction au sein d'une société en développement. Les traitements horribles que ces enfants ont dû subir ont laissé bien des êtres vides... ou pleins de rage.

La nature de la toxicomanie fait en sorte que ce qui a commencé par une consommation occasionnelle de drogue ou d'alcool pour réduire la douleur psychologique s'est rapidement transformé en épidémie galopante chez de nombreux membres des Premières nations qui fréquentaient les écoles résidentielles. Il en a été de même pour toutes les générations subséquentes. Bien que les Premières nations aient fait beaucoup pour récupérer leur droit du sang, pour retrouver leur fierté culturelle et leurs coutumes traditionnelles, les problèmes de la faible estime de soi, des sentiments d'impuissance et de la dépendance aux substances intoxicantes sont encore très présents.

M^{me} G. était membre d'une communauté. C'était une femme autochtone qui souffrait d'une dépendance qui ne s'est pas arrêtée lorsqu'elle est tombée enceinte. Elle avait été en rapport avec le système des services sociaux pendant des années. Les services destinés à aider les femmes à rompre avec la dépendance ont été insuffisants pour répondre à ses besoins.

Trop souvent, les voix des Premières nations ne se font pas entendre dans la société canadienne dominante, y compris dans les médias et les institutions qui font les lois. Dans un effort pour corriger la situation, les membres autochtones de l'équipe de ce projet ont rencontré des communautés autochtones de la Colombie-Britannique pour leur donner l'occasion d'exprimer leurs opinions et leurs préoccupations au sujet du traitement obligatoire des femmes enceintes qui sont toxicomanes ou alcooliques. Au total, 44 personnes ont participé aux groupes de discussion et aux entrevues. De ce nombre, deux n'appartenaient pas aux Premières nations et deux étaient des hommes. Par ailleurs, 35 des participantes et participants prenaient part aux groupes de discussion sur le territoire Gitxsan. Les auteures croient que les communautés des Premières nations ont un intérêt direct dans la recherche de solutions possibles aux problèmes. En relatant leur expérience, elles peuvent aider les auteures à déterminer quels types de méthodes pourraient ou non être efficaces.

Pourquoi les femmes consomment-elles des substances intoxicantes pendant la grossesse?

En discutant de la consommation de substances intoxiquantes durant la grossesse, les participantes et les participants ont rappelé que ce phénomène ne devait pas être analysé en vase clos. Très souvent,

la consommation de drogue et d'alcool est le moyen utilisé pour oublier ou échapper à une réalité, faite d'une accumulation d'événements douloureux :

> Il y a tellement de petits problèmes dans la vie d'un individu. Pourquoi y a-t-il abus? S'ajoutent à cela tous les problèmes liés au désespoir, qu'ils soient au foyer, dans la communauté, ou à l'extérieur dans un grand centre où ces personnes sont tout simplement perdues.
>
> Ensuite il faut se demander pourquoi la femme cause un préjudice à son bébé. Cela peut provenir de mauvais traitements qu'elle a subis quand elle était enfant, des mauvais traitements du conjoint ou d'autres raisons qui l'ont fait basculer dans la toxicomanie ou dans l'alcoolisme.
>
> Ces femmes se tournent vers l'alcool et les drogues dans l'espoir de réduire leurs problèmes, de les atténuer un peu pendant un certain temps. [*Traduction*]

À ce sujet, une participante a fait remarquer que, en raison de la complexité des facteurs qui sont responsables, au départ, de la consommation de substances intoxicantes, il faut que toute forme d'intervention ou d'approche face à l'aide ou au traitement soit adaptée aux besoins de chacune :

> Le fait qu'elle n'ait pas d'éducation, ou pas d'emploi, que sa famille l'a abandonnée, ou qu'elle a grandi dans cette situation — tous ces facteurs ont contribué à son problème et doivent être pris en compte. Et tout plan d'intervention auprès de la femme enceinte pour l'empêcher de boire ou de se droguer doit être adapté aux besoins individuels de chaque femme. Différents facteurs les poussent vers cette situation. Comme elles n'ont pas commencé à prendre de la drogue « simplement parce que »,elles ne continuent pas à en prendre « simplement parce que ». Nombreux sont les problèmes qui mènent à la toxicomanie ou à l'alcoolisme. [*Traduction*]

La toxicomanie en tant que comportement acquis

Les participantes et les participants ont mentionné que l'alcoolisme et la toxicomanie étaient des problèmes dans leur communauté. On se préoccupe beaucoup de l'âge auquel les enfants commencent à faire usage de drogue et d'alcool et des raisons derrière cela.

Le fait que beaucoup d'enfants des Premières nations soient exposés à la maison à la violence et à la consommation de substances intoxicantes est une réalité tragique. Cet environnement augmente très souvent la probabilité que les enfants commencent à consommer de la drogue et de l'alcool, tout comme leurs parents et les autres membres de la famille. Les enfants qui grandissent en voyant leurs parents consommer des substances intoxicantes ont tendance à se sentir incapable d'arrêter ou de contrôler leur situation. Les participantes et les participants ont dit que les jeunes avaient tendance à choisir comme modèle le comportement des personnes qui s'occupent d'eux, qu'il soit positif ou négatif :

> Ils considèrent que c'est normal, que c'est ce qui arrive dans toutes les familles, lorsque, en réalité, ce n'est pas comme cela que les choses se passent dans beaucoup de familles. Il est donc difficile de rompre ce cycle. Nous commençons à le constater chez certaines de nos jeunes mères. Elles ont grandi dans ce genre de milieu... Mon fils a grandi en nous voyant boire tout le temps. Il ne savait pas exactement ce qui se passait, mais il savait qu'il y avait de l'alcool. [*Traduction*]

Les participantes et les participants ont rappelé qu'il n'était pas nécessaire qu'il y ait consommation d'alcool et de drogue dans la famille immédiate pour que l'habitude soit transmise ou pour qu'elle influe sur les générations futures.

> Je n'ai jamais vu maman sortir et boire, mais nous étions exposés de différentes façons, non pas dans notre foyer mais dans celui de nos amis. Nous avons été dans la maison d'autres personnes où les parents faisaient la fête pendant trois jours... ou quelque chose du genre. J'ai vu ça bien souvent. [*Traduction*]

D'autres participantes et participants ont parlé des effets de la pression des pairs. Certaines de ces personnes ont fait remarquer à quel point il est difficile de ne prendre ni alcool ni drogue lorsque le groupe des pairs immédiats ou le cercle d'amis en consomme.

> Certains enfants prennent de l'alcool juste pour faire comme les autres.
>
> Si tout le monde boit autour d'elle, il est difficile pour elle d'arrêter. [*Traduction*]

Répercussions des écoles résidentielles, de la prise en charge des enfants : la perte de la culture et dévalorisation

Plusieurs participantes et participants ont parlé de l'effet dévastateur des écoles résidentielles sur l'identité des peuples autochtones, ainsi que sur leurs connaissances et sur la pratique de leur culture et de leur langue. Le fait de grandir sans bien connaître sa culture, ou en l'absence de toute culture, peut mener à une dévalorisation et à des sentiments d'impuissance. Il va de soi que ces sentiments sont multipliés lorsqu'une personne est témoin d'agressions physiques ou sexuelles ou en fait l'expérience — un autre héritage horrible des écoles résidentielles. Tous ces facteurs augmentent la probabilité qu'une personne consomme de la drogue ou de l'alcool ou les deux. Les participantes et les participants ont insisté sur le fait que le comportement destructeur ou autodestructeur des peuples autochtones — et en particulier leur toxicomanie — est en grande partie lié aux écoles résidentielles :

> J'ai fréquenté une école résidentielle. Je pense que les gens qui ne sont pas allés dans une école résidentielle ont l'esprit plus ouvert. À l'école résidentielle, les gens pensaient pour nous. Ils nous ont ravi notre culture, notre langue, nos parents, notre orientation. Ma mère ne m'a pas enseigné. Quand j'ai grandi, j'ai suivi ma mère. Je ne pouvais enseigner à mes enfants. Tout ce que je pouvais donner, c'était mon amour. Cela faisait terriblement mal — j'ai perdu tout cela à cause de ces stupides écoles résidentielles [en pleurant]. Quand j'ai quitté l'école résidentielle, je pensais savoir bien des choses. Et pourtant, à l'âge de 18 ans, je ne savais même pas

> comment devenir enceinte, ou que j'étais enceinte... Nous n'avions personne pour nous instruire. À l'école résidentielle, nous n'avons aucune orientation. Alors, beaucoup d'entre nous pensaient que l'alcool était une façon d'apprendre à connaître les gens. C'est pourquoi j'ai commencé. J'ai bu pendant toute ma vie, sauf quand j'étais en prison. L'alcool m'a jetée en prison — le vol, le meurtre, et tout le reste... Les gens qui sont en prison proviennent, pour la plupart, de l'école résidentielle. [*Traduction*]

Les gens des Premières nations ont clairement fait savoir qu'il était très important de maintenir les enfants dans leur milieu culturel :

> Je crois aussi que, plus tard, lorsque l'enfant devient adulte, cette histoire nuit beaucoup à son estime de soi. Nous en voyons beaucoup dans les films, avec le placement d'enfants dans des foyers nourriciers et dans des ménages non autochtones. Vous constatez la destruction des individus. C'est un fait connu que cela a contribué à beaucoup de toxicomanie.

> L'homme blanc m'a pris mes enfants — tous mes enfants. Je pouvais leur donner de l'amour mais non changer leurs couches. Je crois qu'ils devraient être élevés dans des foyers traditionnels. [*Traduction*]

Répercussions des agressions physiques et sexuelles pendant l'enfance

Plusieurs participantes et participants ont parlé de leur toxicomanie comme d'un mécanisme d'adaptation, un narcotique qu'ils s'administrent eux-mêmes pour atténuer ou oublier la douleur de l'agression sexuelle ou physique :

> Si vous êtes victime d'une agression sexuelle, vous consommez de l'alcool pour y faire face.

> J'ai été agressée sexuellement étant enfant et j'ai grandi dans un milieu de drogue et d'alcool dans la famille. Il fallait que j'endure les querelles familiales et les mauvais traitement à l'égard des enfants. J'étais une mère adolescente et j'ai bu pendant mes trois premières grossesses... mais pour mes deux derniers enfants j'ai appris les effets de l'alcool et je n'ai pas bu. Je continue à ressentir les effets des agressions sexuelles que j'ai subies. [*Traduction*]

Comme il est indiqué ici, la consommation de substances durant la grossesse est très probable si la femme a grandi dans un monde d'alcool et de drogue et si les effets négatifs de la toxicomanie sur le développement ne sont pas entièrement compris.

Manque de connaissances au sujet des effets nocifs de l'utilisation de substances intoxiquantes pendant la grossesse

Plusieurs participantes ont indiqué avoir consommé des substances intoxicantes pendant leur grossesse parce qu'elles en ignoraient les effets nuisibles :

> Si j'avais su, je ne lui aurais pas fait courir ce risque.
>
> Je crois que c'est merveilleux qu'il y ait des infirmières et des gens instruits qui peuvent aller dans les écoles et enseigner aux enfants les choses à faire et à ne pas faire... Quant à nous, nous faisions tout sans rien connaître. [*Traduction*]

Les participantes et les participants ont aussi dit que les jeunes dans bien des communautés autochtones ne connaissent pas les effets de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sur le développement du foetus. Ils considèrent très important de les éduquer au sujet de la grossesse, de la sexualité et de la régulation des naissances, de la santé et de l'hygiène, de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il faut que cette information soit disponible et accessible dans les aux écoles et les autres lieux de rencontres dans la communauté.

La toxicomanie et les grossesses non désirées

Plusieurs participantes et participants ont parlé de la réalité de certaines femmes autochtones : une dépendance ou une assuétude à l'alcool ou à la drogue, une grossesse non désirée, le sentiment que l'avortement n'est pas une action légitime ou viable, ne plus savoir que faire et, par conséquent, consciemment ou pas, le fait de continuer de consommer des substances intoxiquantes pour mettre fin à la grossesse. Selon deux participantes :

> Certaines femmes constatent qu'elles sont enceintes et ne veulent pas l'être. Elles s'infligeront des mauvais traitements… pour essayer de se défaire du bébé. Elles prendront n'importe quoi.
>
> Dans certains cas, la mère consomme des intoxicants parce qu'elle ne veut pas l'enfant et ne sait pas comment réagir dans sa situation. Elle ne sait pas quoi faire. Elle cherche une porte de sortie même si elle se nuit à elle-même ainsi qu'au bébé. [*Traduction*]

Par ces commentaires, les participantes et les participants nous rappellent qu'en dépit du fait que l'avortement soit légal au Canada, on ne peut présumer que ce soit un choix réel pour bien des femmes, surtout celles qui sont jeunes et pauvres. Dans certaines communautés autochtones, il y a une opposition sociale et culturelle considérable à l'avortement; par conséquent, il faudrait une raison exceptionnelle pour qu'une femme demande et obtienne un avortement. La consommation régulière d'intoxicants par une femme enceinte pourrait être une raison du genre et, par conséquent, dans certains cas, la toxicomanie durant la grossesse peut être considérée comme une stratégie permettant l'avortement.

Le pouvoir de la toxicomanie

Enfin, pour expliquer pourquoi certaines femmes consomment des intoxicants pendant leur grossesse, des participantes et des participants ont parlé de la nature anéantissante et délétère de la toxicomanie :

> Je parle par expérience. J'ai eu deux enfants et la plus jeune de mes filles est très intelligente, Dieu merci. Je n'ai pas consommé d'alcool lorsque j'étais enceinte d'elle, mais, au moment où je suis devenue enceinte, j'étais alcoolique et j'étais dépendante de la marijuana. J'ai réussi à cesser de boire assez facilement, mais il ne fut pas facile d'abandonner la marijuana tout de suite. Je crois que je n'ai pas arrêté complètement la marijuana avant mon cinquième ou sixième mois de grossesse, mais j'ai réussi. Je n'ai pas laissé les autres savoir que je consommais de la drogue. Je le cachais. Il est très difficile de cesser d'en prendre lorsque vous êtes dépendante. Il est facile de dire : « Eh bien, je n'en prendrai pas si jamais je tombe enceinte », mais ce n'est pas si facile lorsque vous y êtes.
>
> La meilleure chose qui me soit arrivée a été d'avoir une infection et de me retrouver à l'hôpital. Sans cela, j'errerais encore. La dépendance est si forte. Elle s'est emparée de ma vie. Je l'ai fait passer avant mes enfants, ma famille — avant tout. Il a fallu que je sois... Je ne pouvais avoir de la drogue parce que je ne pouvais bouger. La dépendance a troublé mon esprit à ce point que j'aurais fait n'importe quoi pour avoir de la drogue...
>
> J'étais dépendante des cigarettes lorsque je portais mon fils. Comme vous le savez, vous ne pouvez tout simplement pas abandonner. Vous le voulez, mais c'est très difficile... Vous les aimez et elles sont spéciales, vous ne voulez pas avoir à le faire! [*Traduction*]

Les substances intoxiquantes, de la cigarette à la marijuana, en passant par l'alcool et l'héroïne, peuvent altérer à ce point la chimie du cerveau d'une personne et sa capacité de penser que malgré toutes les bonnes intentions du monde en vue de réduire ou cesser la consommation, il est extrêmement difficile de ne plus toucher à ces substances.

Les obstacles au traitement et au rétablissement des femmes autochtones

Obstacles structuraux ou institutionnels

Nombre des participantes et des participants croient que l'un des obstacles importants à l'efficacité des programmes et des services est la non-reconnaissance, par les gouvernements fédéral et provinciaux, des systèmes et des enseignements ancestraux. Cela signifie, entre autres, que les décisions concernant le financement des programmes sont basées sur des critères dominants, où la valeur et la validité des démarches autochtones ne sont pas reconnues. Par voie de conséquence, les ressources consacrées à nombre des approches ancestrales ou traditionnelles sont insuffisantes ou inexistantes :

> Un autre élément important, qui, à mon avis, pourrait être utile, ce serait un édifice contrôlé par les peuples eux-mêmes. Ne pas avoir à respecter les normes des autres — « Vous ne pouvez pas faire cela! » ou encore « Vous ne le faites pas comme il faut! » Au fond, essayer d'adhérer aux normes d'autres peuples par rapport à ce que nous, les Premières nations, faisons. C'est une question importante qui nous empêche d'agir. Il pourrait être plus facile pour nous de dire à une jeune mère ou de faire appel

> aux membres de la famille ou au système d'habitation pour dire : « Vous êtes enceinte et avez notre soutien. »
>
> À l'heure actuelle, il faut fonctionner d'après les normes du gouvernement, lui qui ne nous reconnaît pas comme des femmes Gitxsan. On nous met toutes dans le même sac. Il n'y a aucun sentiment d'identité.
>
> Mais les choses vont si lentement actuellement et on manque de services. Et tout se résume au tout-puissant dollar pour réaliser ces programmes. Il y a tellement de restrictions. [*Traduction*]

Les ressources actuelles ne correspondent pas aux besoins des femmes

Les participantes et les participants ont insisté sur l'importance de veiller à ce que le l'approche ou le centre de traitement soit vraiment adapté aux besoins des femmes autochtones. Le niveau ou le succès du processus de rétablissement dépend de la qualité et de la pertinence du soutien qu'une personne reçoit ainsi que des soins prodigués par les travailleuses et les travailleurs sociaux. Il est possible de montrer que les ressources répondent aux besoins par le vocabulaire utilisé (c'est-à-dire parler de ou avec « la clientèle » « les aidants », etc.). Ainsi que l'a dit une des participantes :

> Le mot *conseiller* fait peur à bien des gens. Il m'a fait fuir, tout comme mon mari... Il faut que ça ressemble davantage aux Grands frères ou aux Grandes soeurs, quelque chose comme ça. Il faudrait que ce soit invitant — une expression accueillante pour les jeunes mères et les jeunes femmes. [*Traduction*]

Les participantes et les participants se sont énergiquement exprimés en faveur de la nécessité pour le personnel de soutien d'être encourageant et de fournir une orientation sans chercher à sermonner ou à punir. Les programmes de traitement qui n'ont pas été adaptés aux besoins des femmes pourraient être « destructeurs » plutôt qu'efficaces :

> Certains centres sont très bons, tandis que d'autres ne savent pas trop comment répondre aux besoins des personnes qui s'y rendent. Cela peut-être plus destructeur, car je suis tombé sur quelques centres qui sont très surprenants... Et si vous n'avez pas de bons conseillers dans le système de ce ministère, malheureusement c'est une force très destructive.
>
> Il ne faut surtout pas les sermonner en leur disant qu'il ne faut faire ceci ou cela. Cela ne réussira qu'à les faire fuir. [*Traduction*]

Attitudes peu encourageantes des praticiennes et des praticiens du traitement et de la société en général : blâme et honte

Plusieurs participantes et participants ont indiqué que des attitudes dominantes et négatives envers les femmes enceintes et toxicomanes sont un obstacle à la recherche d'aide et au rétablissement de ces femmes. Ils ont constaté que plusieurs femmes craignent probablement de demander des services et

de l'aide parce qu'elles ont peur d'être blâmées et rejetées — « repoussées » — par les gens en autorité, les professionnelles et professionnels de l'aide et les membres de la communauté en général :

> Il faut faire en sorte qu'il soit plus facile pour les mères de demander de l'aide et des conseils sans être ridiculisées ni condamnées. Je suis sûre qu'un grand nombre de femmes souhaitent obtenir de l'aide mais ont peur de le faire. Elles ont peur d'être jugées... ou que l'on parle d'elles.
>
> Je crois que la question devrait être davantage ouverte. Les gens ont besoin d'entendre que cela est important... cela doit être largement diffusé. C'est une question grave. Le Body Shop a des t-shirts sur la violence faite aux femmes; pourquoi pas sur la toxicomanie durant la grossesse? [*Traduction*]

Selon les membres du groupe de discussion, le racisme représente un autre aspect des préjugés des professionnelles et professionnels. Par exemple, une femme autochtone a eu l'impression que son médecin l'accusait de maltraiter son nourrisson, en raison de ses préjugés à l'égard des Autochtones et des femmes toxicomanes. Le médecin, qui n'était pas au courant de ce type particulier de problème physique chez certains enfants autochtones, n'a pas hésité à considérer ces marques comme les signes d'un mauvais traitement :

> Mon médecin a dit que je maltraitais mon bébé en raison des taches mongoliques. Elle a dit que l'enfant avait des marques sur le dos qui ressemblaient à des signes de mauvais traitement. Mais, si vous êtes Autochtone ou Asiatique, vous savez que ce sont simplement des taches mongoliques et qu'elles disparaissent éventuellement. [*Traduction*]

D'après les participantes et les participants, il faut, dans le cadre de la formation des praticiennes et des praticiens des services sociaux, présenter les causes profondes de la toxicomanie chez les femmes et souligner l'interconnectivité entre une femme et son foetus et considérer la question de façon holistique :

> Je crois aussi qu'il faut plus de formation et d'éducation pour les conseillères et les conseillers relativement à cette question. C'est très bien d'en parler et de porter un jugement, mais il faut vraiment comprendre que cela touche à un large éventail d'enjeux différents. Ce n'est pas seulement la mère qui est en cause; cela va beaucoup plus loin. Plusieurs raisons différentes expliquent la situation et les conseillères et les conseillers doivent en être conscients. [*Traduction*]

Insuffisance de services et de ressources

Les participantes et les participants ont insisté sur le fait que les ressources et les services sont tout simplement insuffisants pour répondre aux besoins et aux demandes de service des gens. Par conséquent, les gens qui cherchent des services et qui en ont besoin, ne sont pas servis. De plus, les travailleuses et les travailleurs de première ligne ont trop à faire et risquent l'épuisement :

> La santé mentale des travailleuses et des travailleurs de première ligne. Vous êtes ici pour faire un travail, certes, mais vous avez aussi deux ou trois autres fonctions à remplir, ce qui exige aussi une formation plus poussée pour les travailleuses et les travailleurs de première ligne. Il faut essayer de trouver du temps, de prévoir les besoins en matière de formation additionnelle et de trouver les sommes nécessaires.
>
> Mais il s'agit aussi de notre personnel médical dans les régions... Il y a beaucoup de problèmes dans les hôpitaux... Et il y a beaucoup de secteurs où il y a encore beaucoup de travail à faire. Nous avons tous les mêmes problèmes. Il nous manque des services. [*Traduction*]

Le point de vue autochtone sur le traitement ou la détention obligatoire des femmes enceintes toxicomanes

Dans tous les groupes de discussion avec les femmes autochtones, les participantes ont été invitées à donner leur opinion sur traitement ou la détention obligatoire des femmes qui consomment des intoxicants pendant la grossesse. Plusieurs aspects de ces discussions ont été étonnants. Premièrement, malgré la grande importance de cette question pour les Autochtones, les participantes ont rarement pris ou eu l'occasion de discuter franchement de leur opinion. Dans une large mesure, il semble que cette question ait été évitée dans les communautés, même s'il est devenu évident que presque toutes les participantes avaient été personnellement touchées par les enjeux. Les participantes étaient aussi partagées et même en conflit au sujet du traitement ou de la détention obligatoire. Les discussions ont révélé la complexité et l'interdépendance des questions. Par ailleurs, le fait de discuter et de débattre de ces questions semble avoir influencer les opinions des gens et, dans bien des cas, les avoir amenés à changer d'avis. En particulier, nombre de participantes qui avaient d'abord exprimé leur ferme appui au traitement ou à la détention obligatoire ont réfléchi de nouveau à la question et remis en cause cet appui, en réfléchissant aux répercussions possibles du traitement obligatoire dans le contexte de l'oppression historique et actuelle des Autochtones.

Dans la section suivante, les principaux thèmes émanant de la discussion sur le traitement ou la détention obligatoire seront abordés. En conclusion, des extraits de la discussion particulièrement animée au sein du groupe et au cours de laquelle, par le dialogue et la réflexion, plusieurs participantes en sont venues à mieux comprendre les répercussions du traitement obligatoire sur les femmes qui consomment des intoxicants pendant leur grossesse, seront présentés.

Distinction entre le traitement obligatoire et la détention obligatoire

Comme l'ont fait remarquer plusieurs participantes et participants, il est important de faire une distinction entre le traitement obligatoire et la détention obligatoire. Le traitement obligatoire est considéré comme peu utile. Une femme qui n'est pas intéressée à suivre un traitement n'en profiterait pas et ne ferait que se rebeller si on l'obligeait à en suivre un. Il faut plutôt se demander pourquoi les femmes consomment des intoxicants, pourquoi elles ne peuvent ou ne veulent réduire leur consommation ou s'abstenir d'en consommer, pourquoi elles refusent le traitement, et ce dont elles ont besoin pour guérir et se rétablir.

Perspectives multiples – opinions partagées

Comme il a été mentionné, les vues des participantes et des participants au sujet du traitement obligatoire étaient partagées. Les femmes autochtones étaient nettement divisées dans leurs opinions. Plusieurs ont parlé de la complexité de la question, particulièrement à la lumière de la culture et des traditions autochtones et des expériences d'oppression dans les systèmes non autochtones. La décision avait des ramifications importantes pour les femmes, les enfants et les membres de la communauté, peu importe l'orientation prise. Un certain nombre de participantes et de participants avaient aussi des opinions multiples, voire contradictoires, par rapport au traitement obligatoire. Par exemple, certaines personnes ont indiqué qu'elles toléreraient la détention obligatoire d'un membre de leur famille dans le but de prévenir des préjudices au foetus, tout en s'opposant à la détention obligatoire parce que cela constitue une violation des droits de la femme :

> J'ai des sentiments partagés au sujet de cette question. D'une part, je suis d'accord, car si c'était un membre de ma famille, je ne voudrais pas que le foetus subisse de préjudice. D'autre part, cela dépendrait aussi de la femme. Si elle ne veut pas le traitement, je n'appuierais pas la détention de cette femme contre sa volonté. Je crois en effet qu'on devrait faire un effort pour comprendre pourquoi elles ne peuvent cesser de consommer ou simplement les encourager à suivre un traitement. Cependant, pour ce qui est de leur imposer le traitement, je ne suis pas prête à appuyer cette façon de procéder. [*Traduction*]

Plusieurs participantes et participants ont dit qu'il était très difficile d'opter pour la détention obligatoire, car il s'agit d'une violation des droits d'une personne dans le but de protéger ceux d'une autre personne.

La profonde ambivalence des participantes et des participants se traduit par ces commentaires :

> C'est une question épineuse. Il n'est pas facile de décider quel côté appuyer. Il faut songer à l'enfant à naître. Cet enfant n'a pas choisi de venir au monde et c'est celui qui, en fin de compte, en subira les conséquences... Si l'on considère le revers de la médaille, je serais outragée et furieuse si l'on me mettait en détention obligatoire. Je me sentirais violée. Et c'est pourquoi c'est une question si délicate. Vous voulez défendre les deux parties.
>
> Je ne crois pas que ce soit juste pour l'enfant d'avoir à en subir pour toujours les conséquences. Il n'a pas demandé à naître. Il n'a pas demandé à naître avec un handicap, c'est une question réellement émotive. La ligne de démarcation est très mince. Ma conclusion générale serait qu'il faut juger au cas par cas. Dans certains cas, je serais portée à dire oui, cette personne devrait être placée en détention, dans d'autres cas, peut-être pas. C'est difficile à dire. [*Traduction*]

En faveur de la détention obligatoire

Bien des participantes et des participants étaient en faveur de la détention obligatoire, qu'ils considèrent comme un moyen de responsabiliser les femmes face à leur comportement. Pour les

participantes et les participants, la détention obligatoire est une mesure ou une option de dernier recours, mais tout de même une mesure nécessaire puisque les collectivités sont, en fin de compte, responsables des soins à donner aux enfants touchés par l'alcoolisme ou la toxicomanie :

> Si deux personnes se battent, on peut les accuser de violence, tandis qu'une femme qui maltraite son foetus... Je crois qu'il devrait y avoir une loi quelconque en ce sens... il faut qu'elle soit tenue responsable. Et puis, qui souffre en fin de compte? L'enfant, la communauté et les gens qui en prennent soin par la suite. Et si l'enfant souffre d'une lésion cérébrale en raison d'une consommation excessive d'alcool par la mère... que la mère continue à vivre en toute liberté, comme si de rien n'était... Alors là je ne suis pas d'accord...
>
> Il devrait y avoir un dépistage obligatoire des femmes enceintes. Si vous êtes enceinte, il y a des tests à passer, dans le cadre des soins prénataux. Cela devrait être compris. Ainsi, le médecin, en sachant qu'elle se drogue, peut lui suggérer un centre de traitement et lui conseiller d'y aller. Elle peut y aller de plein gré, mais il faudrait tout de même qu'elle y aille. Comme je l'ai dit, la communauté subit les conséquences du comportement irresponsable de la future mère.
>
> Je ne sais pas — dans mon coeur, je crois que le meilleur choix serait les droits de l'enfant. La mère devrait avoir des droits elle aussi, mais une fois enceinte, les droits du bébé devraient primer. Le bébé n'a personne pour prendre sa défense. C'est vraiment lui qui souffre après la naissance et pendant toute sa vie. C'est le problème de tout le monde. C'est une affaire de société. Ce n'est pas simplement le problème de la mère. [*Traduction*]

Les participantes et les participants favorables à la détention obligatoire estiment que cela peut avoir un effet dissuasif pour certaines femmes enceintes toxicomanes.

> [...] une espèce de politique. Je sais que je ne l'aurais pas fait s'il y avait eu une loi. [*Traduction*]

En exprimant leur appui à une détention obligatoire comme mesure de dernier recours, nombre de participantes et de participants ont affirmé avoir une expérience de première main de ces questions dans leur famille. Pour certaines personnes qui ont élevé ou aidé des personnes touchées par des problèmes d'alcoolisme foetal, les mérites de la détention obligatoire sont envisagés dans un contexte visant à renforcer les collectivités des Premières nations :

> Je crois qu'il faut éduquer les femmes, leur donner un choix et si toutes les autres tentatives échouent, les placer en détention. Mais ce serait une mesure de dernier recours, car c'est un milieu hostile. Il n'y a pas de sentiment dans une prison. Je connais un jeune homme qui ne peut avoir confiance en personne et qui a souvent des problèmes. C'est comme si les ennuis étaient pour lui une forme de dépendance Et c'est moi qui doit y faire face. Et où est sa mère? Elle est six pieds sous terre pour

> avoir trop bu et trop pris de drogue, et elle a laissé derrière elle un magnifique garçon qui n'est pas normal. En fait, il est normal dans tous les sens, mais il est plein de rage et affecté par les drogues que sa mère consommait quand il était dans son sein. C'est mon petit-fils...
>
> Ma nièce a plusieurs enfants et j'ai vu les résultats avec ses enfants. Cela fait mal de les voir dans un état qui aurait pu être évité. Elle est encore enceinte, et elle ne le fait plus. Il importe que nos nations soient fortes. Il faut peut-être commencer à empiéter sur les droits de nos peuples. [*Traduction*]

La détention obligatoire dans un contexte autochtone

Au cours de la discussion, certaines participantes et participants se sont clairement prononcés en faveur d'une détention obligatoire, mais seulement dans un contexte autochtone. L'une des caractéristiques importantes de ce contexte est que la famille doit veiller sur tous ses membres :

> Dans mon esprit, si vous, en tant que Première nation, rédigez la loi pour la bande à ce sujet, il faut songer à un processus qui rend la famille responsable de tous les membres de la bande. Si cela échoue, il faut demander l'avis des chefs et du conseil et, si cela aussi échoue, il faut procéder au cas par cas. Il y aurait trop d'exceptions et trop de différences, de sorte qu'il faudrait établir des principes ou des processus. Ainsi, dans une situation comme celle-là il faudrait aller jusqu'au bout et établir le processus et tenter de l'appliquer aux personnes. En cas d'échec, le processus vous permettrait d'examiner les différentes situations qui s'appliqueraient à différentes personnes. Ainsi donc, vous pourriez examiner la situation cas par cas. [*Traduction*]

Un autre aspect crucial du contexte autochtone réside dans la notion que même en détention une femme fait encore partie de la communauté; elle n'est pas rejetée ou écartée du revers de la main dans le but de protéger le foetus. Cela signifie aussi que la détention ou le traitement de la femme exige essentiellement des efforts pour lui inculquer (ou réinculquer) un sentiment de dignité et la mettre (ou remettre) en contact avec les enseignements traditionnels des anciens de la communauté. Comme l'une des participantes l'a dit :

> Je crois en la puissance des grands-mères qui bottent le derrière. Si nous avions un cercle de femmes ici et s'il y avait une femme enceinte et hostile dans le cercle... Quel mal y aurait-il à l'emmener à la maison de M?... Je ne veux pas nuire à qui que ce soit, mais je crois que ces grands-mères doivent s'interposer et s'avancer et s'occuper de ces femmes. Une fois l'enfant né, elles peuvent faire ce qu'elles veulent. Je crois aux femmes aînées. J'aime les voir botter les derrières... [*Traduction*]

En opposition : le traitement ou la détention obligatoire comme moyen d'opprimer davantage les Autochtones

Plusieurs participantes et participants s'opposaient farouchement à la détention obligatoire à des fins de traitement, considérant qu'il s'agissait d'un moyen d'opprimer davantage les peuples autochtones. Selon certaines personnes, l'imposition de la détention obligatoire au moyen d'une loi ou d'une

politique de la société dominante, résulterait en une surreprésentation des Autochtones, tout comme c'est le cas à l'heure actuelle dans les systèmes de justice et d'aide à l'enfance. Les participantes et les participants ont exprimé leurs préoccupations relativement aux personnes qui auraient l'autorité de décider si le traitement obligatoire est « approprié », à la façon dont ces décisions seraient prises et aux garanties relativement à l'application régulière de la loi. Comme l'ont fait remarquer ces participantes et participants :

> Notre peuple a été opprimé pendant si longtemps. Si c'était obligatoire... si vous êtes né autochtone, vous êtes un activiste politique... Il semble bien que les problèmes de santé remontent à l'époque où Geoffrey Amherst a forcé notre peuple à consommer de l'alcool dans les années 1700. Vous pouvez vous imaginer que cela remonte à très loin. Il faut soupeser les deux côtés. Sur le plan de la justice sociale, la meilleure méthode consiste à éduquer les jeunes dès le départ au sujet des effets à long terme du syndrome d'alcoolisme foetal. Il faut penser en fonction de la 7^{e} génération. Chacun de nous suit son cycle personnel; nous sommes au début de l'intervention. Il faut se débarrasser des politiques oppressives de la *Loi sur les Indiens*. Quant à ma première réaction — rendre le traitement obligatoire -- ce n'est maintenant pour moi qu'une mesure de cataplasme. Ils voulaient nous assimiler, alors ils nous ont imposé certaines choses. S'ils continuent à nous imposer des choses, jamais nous ne réussirons à nous décoloniser. Nous aurons toujours la mentalité qui consiste à demander la permission aux autorités.
>
> Quant à la question du traitement obligatoire, pour moi... Je crois moitié-moitié que ce devrait être obligatoire. Mais j'ai toujours connu des traitements obligatoires depuis que j'ai quitté l'école résidentielle, dans les prisons, et je n'ai pas aimé cela. Tout de même... je demeure indécis. Je n'aime pas que les gens qui me donnent des ordres. J'aime être instruit et savoir pourquoi je fais certaines choses.
>
> Les médecins et tous les autres, font preuve de discrimination à votre égard parce que vous êtes une femme et parce que vous appartenez à une Première nation, ils le font si vous êtes pauvre... Donc, il y a déjà bien des choses contre vous... Les abus arrivent de toutes les directions. [*Traduction*]

Une autre participante croyait aussi que les femmes des Premières nations seraient une « cible » primaire des autorités dominantes relativement à la détention obligatoire.

> Je me demandais quelles mesures le gouvernement prendrait pour trouver ces femmes qui ont des problèmes, car il est très facile de dissimuler vos problèmes si vous êtes une toxicomane ou même une alcoolique. Comment vont-ils trouver qui sont les gens ciblés? Vont-ils faire subir des dépistages obligatoires dans la rue? Je crois que le groupe-cible serait les Autochtones qui ont entre 14 ans et je ne sais quel âge. C'est ce que je pense. [*Traduction*]

D'autres participantes et participants s'interrogent sur l'interaction entre les mécanismes de traitement obligatoire et les questions déjà complexes de compétence. Ici aussi, il y a l'idée implicite que le traitement ou la détention obligatoire constituerait un moyen de miner l'autonomie autochtone :

> Ainsi donc, lorsque vous parlez de cette question de détention obligatoire, est-ce que cela relève du gouvernement fédéral? Peuvent-ils donc venir sur la réserve sans la permission du chef et du conseil? [*Traduction*]

Les effets potentiellement nocifs pour le foetus du traitement ou de la détention obligatoire

Dans les discussions sur le traitement obligatoire, plusieurs participantes et participants ont fait état de conséquences potentiellement négatives, y compris la possibilité qu'une femme enceinte en veuille au foetus et que le bébé soit, par la suite, victime de ce ressentiment.

> Le traitement obligatoire dans un centre peut être plus destructeur pour l'individu avec les actes de rébellion et les obstacles que l'individu va ériger. Et les renseignements ne se rendront pas jusqu'à cette femme si ces obstacles sont érigés. C'est qu'il y a ressentiment et ces sentiments sont transmis au foetus. Le facteur émotif est nuisible à l'enfant et l'enfant aura plus de coliques en raison de la haine et du ressentiment, des hormones et de l'adrénaline qui circulent dans l'organisme de la mère. Le lien émotif est très important pour le développement du foetus et cette pression émotive sur la mère attribuable au traitement obligatoire pourrait tout aussi bien être nocif pour le foetus. [*Traduction*]

Selon d'autres participantes et participants, la crainte de la détention pourrait pousser un grand nombre de femmes dans la clandestinité, les privant ainsi de soins prénataux, ou encore les inciter à choisir l'avortement :

> Si elles devaient subir un traitement obligatoire, combien de femmes l'admettraient? Les responsables devraient au moins faire une partie du chemin et aider les femmes qui le désirent.
>
> Cela ne devrait pas être pour les neuf mois au complet. Si nous faisions cela, il y aurait probablement plus d'avortements. Elles ne verraient pas de médecins et garderaient leur grossesse secrète. [*Traduction*]

Enfin, d'autres participantes et participants s'opposaient au traitement obligatoire, car, à leur avis, des approches communautaires conviendraient davantage :

> Personnellement, je ne suis pas d'accord avec le traitement obligatoire. Il doit y avoir d'autres moyens à prendre avec l'appui de la communauté et des travailleuses et travailleurs de la communauté. Un effort communautaire est nécessaire pour tenter de trouver des solutions de rechange au traitement obligatoire, qui seraient plus constructives pour la personne. [*Traduction*]

Extraits clés d'un groupe de discussion sur le traitement ou la détention obligatoire

Si une femme maltraite son bébé — son foetus à naître — je crois qu'il devrait y avoir une loi quelconque en ce sens. Il faut qu'elle soit tenue responsable. Et puis, qui en fin de compte en souffre? L'enfant, la communauté et les gens qui en prennent soin par la suite. Et si l'enfant souffre d'une lésion cérébrale en raison d'une consommation excessive d'alcool par la mère... qui continue à vivre en toute liberté, comme si de rien n'était... Alors là je ne suis pas d'accord. On m'a appris, que les femmes ont reçu un cadeau, celui de pouvoir enfanter.

Il serait probablement plus efficace pour moi de l'entendre d'une personne qui a vécu cela et qui, en fait, en a fait l'expérience... Et si vous avez connu cela, il est plus facile pour vous de comprendre cette femme et de l'accepter.

Les médecins devraient exercer plus de contrôle. Il devrait y avoir un dépistage obligatoire des femmes enceintes. Si vous êtes enceinte, il y a des tests à passer, dans le cadre des soins prénataux. Cela devrait être compris. Ainsi le médecin, en sachant qu'elle se drogue, peut lui suggérer un centre de traitement et lui conseiller d'y aller. Elle peut y aller de plein gré, mais il faudrait tout de même qu'elle y aille. Comme je l'ai dit, la communauté subit les conséquences du comportement irresponsable de la future mère.

Mais bien souvent, elle est aussi la victime! Peut-être a-t-elle été violée lorsqu'elle était sous l'effet d'une drogue quelconque, alors il faut tenir compte de tous les facteurs. Elle a déjà été blessée. Et maintenant le médecin lui dit quoi faire; elle est encore une victime.

Les médecins et tous les autres font preuve de discrimination à votre égard parce que vous êtes une femme et parce que vous appartenez à une Première nation, ils le font si vous êtes pauvre. Donc, il y a déjà bien des choses contre vous. C'est très difficile. Les abus arrivent de toutes les directions.

J'ai repensé à la contribution que les médecins peuvent faire. Ou à leur autorité. Ils en ont parfois trop.

S'il y avait un traitement obligatoire pour les jeunes mères enceintes, je crois que beaucoup moins de bébés naîtraient avec des lésions dues à l'alcool...

Si vous lui parlez et essayez de lui faire comprendre pendant la durée de sa grossesse, elle apprendra à être plus responsable d'elle-même, de son corps et de son bébé. Et qui sait, peut-être que cela l'aidera à la longue à prendre soin de son bébé. Il y a tant de jeunes femmes qui consomment lorsqu'elles sont enceintes, qui ont leur bébé et le cèdent simplement à l'adoption. Par contre, s'il y avait un traitement obligatoire, durant la durée de leur séjour, elles pourraient acquérir des connaissances pratiques.

Je ne crois pas qu'un cadre médical serait très bon. Cela devrait ressembler davantage à un foyer!

L'une des préoccupations à laquelle je viens de penser a trait au rôle de l'homme. Évidemment, les gars ne peuvent avoir d'enfant. Là encore, il faut dire aux femmes d'y aller et que nous rechutons. Qu'en est-il des droits égaux? Vous devez considérer les nombreux aspects du problème.

Comme je l'ai dit, les médecins hommes me disent encore ce que je dois faire. Il me semble qu'on revient aux vieilles façons de procéder.

Je ne crois pas que cela devrait être un médecin, je crois que ce devrait être un couple... pas seulement une personne. Et je pense plutôt que dire simplement que cette femme, cette femme enceinte, doit subir un traitement obligatoire, mais qui l'a mise enceinte? Nous devons rendre les hommes plus responsables, car ils sont responsables aussi et s'en tirent à trop bon compte!

Une jeune femme qui est forcée d'y aller, je ne crois pas que cela puisse donner de bons résultats, car elle se mettra en colère. Elle se rebellera et ne fera rien...

Je conviens avec vous que les personnes qui sont contraintes à suivre un traitement — un bon pourcentage d'entre elles — abandonnent... Comme vous le savez, une fois qu'elles sont libres, elles continueront à consommer. Vous n'avez pas réellement réglé le problème.

En se servant du tabagisme chez un adolescent en lui disant ne fume pas... ne fais pas ceci, ne fais pas cela. Que va-t-il faire? Il se rebelle! « Oh, je fumerai. » D'accord alors, vous dites à une femme mature, « Ne fais pas cela, ne fait pas ceci. » Neuf fois sur dix, elle se rebellera... ainsi donc, on compare les enfants et leurs habitudes de fumer avec des femmes plus âgées et leur consommation de drogues, car beaucoup d'entre nous demeurerons jeunes de coeur. Comme nous sommes de jeunes parents, nous n'avons pas encore atteint notre maturité. Vous pourriez trouver plus de comparaisons efficaces par rapport à l'adolescent et à son habitude de fumer et qui seront efficaces pour les femmes.

Je m'inquiète au sujet de cet enfant, mais comment pourrions-nous procéder? Il y a un grand obstacle pour beaucoup de femmes qui recherchent de l'aide. Les femmes se font violence et le bébé est là. Elles ne croient pas être dignes d'avoir de l'amour. Je pense qu'elles ont besoin d'apprendre à s'aimer. D'abord, mon bébé n'était pas là. D'abord, moi j'y étais. Il me faut apprendre à m'aimer. Ce bébé fait partie de moi. [*Traduction*]

Comme on peut le voir dans ces extraits, ce forum a donné aux femmes autochtones l'occasion de réfléchir sur les répercussions possibles du traitement obligatoire. Au départ, l'impression était que

les femmes faisaient subir délibérément un mauvais traitement à leur foetus. Pourtant, au fur et à mesure que la discussion avançait, les participantes et les participants ont redéfini le problème comme une haine de soi chez la femme, le foetus en subissant malheureusement les conséquences. En outre, au début de la discussion, les besoins de l'enfant s'opposaient à ceux de la femme et primaient. Toutefois, tout au long de la discussion sur l'histoire et la vie de la femme, les participantes et les participants ont convenu que pour régler efficacement le problème, il fallait répondre aux besoins de la mère. Les participantes et les participants ont reconnu que bien des femmes dans cette situation sont elles-mêmes jeunes de cœur et doivent se considérer dignes d'un soutien émotif. La détention d'une femme contre sa volonté est considérée plus dommageable qu'utile. Enfin, les participantes et les participants ont convenu que l'abus de pouvoir dans notre société est endémique : par les agents de police, par les travailleuses et les travailleurs sociaux, par les médecins, par les infirmières et les infirmiers et même par les juges. Le traitement obligatoire pourrait simplement constituer un autre aspect de cet abus de pouvoir.

CHAPITRE 5 : ÉTUDE DE CAS : LES EFFORTS D'UNE NATION AUTOCHTONE POUR CONTRER LA CONSOMMATION D'INTOXICANTS PENDANT LA GROSSESSE

par Audrey Lundquist et Suzanne Jackson

Partie I

Contexte

Objet de l'étude de cas et questions de recherche

Le présent chapitre expose les efforts d'une nation autochtone[1] pour contrer la consommation d'intoxicants pendant la grossesse. Ce chapitre étudie également les obstacles considérables auxquels sont confrontées les communautés autochtones du Canada, obstacles qui résultent d'un passé chargé de politiques imposées par plusieurs paliers de gouvernement, qui entrent souvent en conflit les unes avec les autres, et qui détruisent la capacité du peuple autochtone de forger son propre destin.

Ce chapitre s'articule autour de trois questions centrales :

1. Comment le peuple Gitxsan aborde-t-il directement ou indirectement la question de la toxicomanie chez les femmes enceintes?
2. Que pense le peuple Gitxsan des efforts déployés actuellement dans sa communauté relativement à la grossesse et à la consommation de substances intoxicantes et a-t-il des suggestions à faire pour améliorer la situation et amener des changements?
3. Le peuple Gitxsan croit-il que le traitement obligatoire pour les femmes enceintes toxicomanes soit une solution adaptée au problème? Pourquoi? Comment pourrait-il être mis en oeuvre? Dans la négative, pourquoi?

Les chercheuses

Les chercheuses sont des femmes Gitxsan, qui possèdent une connaissance personnelle de la culture et des aspirations de la nation Gitxsan et qui demeurent en contact avec la nation et ses communautés. À ce titre, elles ont un intérêt particulier dans les résultats de la recherche. Elles partagent certaines convictions au sujet de la toxicomanie, de la dépendance, du traitement et de la culture, y compris ce qui suit :

- Il y a une distinction à faire entre la consommation d'intoxicants et la dépendance. Pour nombre de personnes, la consommation d'intoxicants est une habitude temporaire, une réaction individuelle à des stress particuliers, ou un mode de vie pour la communauté où la consommation d'intoxicants est normalisée. Lorsque la situation de la personne ou de la communauté change, il est possible, avec de l'aide, de mettre un terme à la consommation. Ce ne sont pas toutes les personnes qui ont un problème de consommation qui deviennent

---

[1] Le terme *autochtone* s'applique à tous les peuples indigènes du Canada, ce qui comprend les Inuit, les Métisses et Métis et les gens des Premières nations. Chaque groupe a une culture distincte et une relation tout à fait particulière avec le Canada.

toxicomanes. En fait, certaines personnes consommeront toute leur vie sans pour autant devenir toxicomanes. La principale caractéristique de la dépendance, c'est la compulsion. Une personne qui devient toxicomane sera aux prises avec un problème déconcertant et à long terme.

- La communauté doit faire face à la question des femmes enceintes qui consomment des substances intoxicantes ou qui sont toxicomanes. Certaines communautés sont riches et d'autres pauvres, ce qui aura une incidence sur la façon d'aborder ces questions.
- Le peuple Gitxsan et les communautés au sein desquelles il vit ont l'occasion de participer concrètement à l'édification de leur avenir.
- Le peuple Gitxsan a l'expertise voulue pour amener des formes de changements qui favoriseront la cohésion sociale et, en définitive, le bien-être du peuple Gitxsan. Il s'agit, notamment, des connaissances culturelles, des rôles traditionnels (en particulier celui de la femme), de la perspective et de la participation des jeunes, de la capacité de développer et de gérer des programmes, du développement communautaire et de la connaissance directe de l'oppression par la société en général et ses propres communautés.
- Le peuple Gitxsan compte éventuellement remplacer le système de gouvernement du conseil de bande par le système traditionnel de gouvernance. Ce processus de transition sera administré de façon stratégique pour assurer l'habilitation.
- Le peuple Gitxsan assumera éventuellement le contrôle de ses ressources sur son territoire ancestral pour amener le genre de changements complets qu'il envisage.
- Plusieurs communautés autochtones se sont engagées à procéder à des changements semblables dans leur communauté.

Pourquoi une étude de cas

Avant de se joindre à l'équipe de recherche, les chercheuses avaient suivi de près l'affaire de l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (WCFS) c. M^{me} G. Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans membre d'une Première Nation, enceinte d'un quatrième enfant. Elle inhalait des vapeurs de colle, ce qui créait chez elle un état de dépendance. Ses trois autres enfants n'étaient pas sous sa garde. L'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg a obtenu une ordonnance de la cour pour détenir M^{me} G. dans un centre de traitement de façon à l'empêcher de consommer des substances intoxiquantes pendant cette grossesse. La Cour d'appel du Manitoba a renversé cette ordonnance et la cause a été portée en Cour suprême du Canada. Le 31 octobre 1997, la Cour suprême du Canada a rendu sa décision, l'opinion majoritaire indiquant que la question du traitement obligatoire des femmes enceintes toxicomanes doit être renvoyée aux législatrices et législateurs et aux communautés, et qu'il n'appartient pas aux tribunaux de trancher. Le débat public sur la question du traitement obligatoire en tant que méthode de traitement pour les femmes enceintes toxicomanes était dès lors lancé.

Les chercheuses étaient inquiètes sachant que toute politique de traitement obligatoire aurait des répercussions considérables sur les femmes autochtones, leurs familles et leurs communautés, sans qu'elles aient tellement voix au chapitre de l'élaboration de ces politiques. Le portrait qui avait été fait de M^{me} G. dans les médias les inquiétaient. Même si peu de choses ont été dites sur sa vie et sur

les circonstances à l'origine de cette situation, elle a été généralement présentée comme une femme égoïste, incapable de renoncer à des habitudes malsaines pour le bien de ses enfants. Lorsque les chercheuses ont été invitées à se joindre au projet quelques semaines après la décision de la Cour suprême, cela a semblé une occasion idéale pour permettre aux voix des Autochtones de se joindre à celles des milieux juridiques, des droits civiques, des féministes et de plusieurs autres qui débattent de cette question. Les chercheuses souhaitaient aussi établir des liens avec d'autres chercheuses et chercheurs autochtones, de façon à trouver des appuis et à établir des réseaux.

La consommation de drogue et d'alcool et la dépendance sont, depuis longtemps, des questions d'un grand intérêt pour les milieux autochtones. On considère qu'il s'agit d'un choix de mode de vie individuel qui est hors de contrôle. Pourtant, dans certaines communautés, la consommation d'alcool et de drogue est un mode de vie pour la plupart des résidantes et des résidants. Les communautés subsumées par l'alcoolisme et la toxicomanie sont le résultat de la marginalisation et de la destruction de la famille et de la culture. Les peuples autochtones, plus que d'autres groupes, sont continuellement punis pour leurs dépendances et sont surreprésentés dans les systèmes de justice pénale et d'aide à l'enfance. Ces réactions punitives donnent souvent lieu à une augmentation de la dépendance envers les substances intoxicantes. L'individu, la famille, la culture et la communauté ne s'en portent guère mieux. C'est un cercle vicieux.

L'expérience des femmes autochtones toxicomanes qui tombent enceintes est aussi différente de l'expérience que vivent d'autres femmes dans la même situation. La réalité actuelle de la femme autochtone est façonnée par le passé. Elle traîne avec elle non seulement l'héritage du colonialisme, du racisme, de la marginalisation et de l'oppression historique, mais aussi le sexisme présent dans sa communauté et dans le monde qui l'entoure. Elle est, en définitive, considérée par les autres et souvent par elle-même comme « la dernière des dernières », moins digne que d'autres, même que d'autres toxicomanes, et même que d'autres femmes toxicomanes.

Les chercheuses estiment qu'il est crucial que les Canadiennes et les Canadiens se familiarisent maintenant avec les peuples autochtones et leur mode de vie, qu'ils apprennent à les valoriser et à travailler avec eux pour changer la façon dont on vit ensemble sur la terre. Pour bien des femmes autochtones, les choses semblent complètement sans espoir. Mais, de temps en temps, dans l'histoire collective, une lueur d'espoir permet d'espérer des changements, du moins pour les enfants et les petits-enfants. La *Commission royale sur les peuples autochtones* a publié un rapport porteur d'un tel espoir. Ce rapport établit un cadre conceptuel pour comprendre où se situent les peuples autochtones dans leur histoire politique et affirme plus fort que tous les rapports du passé que la condition humaine des peuples autochtones au Canada est pire que les conditions des autres groupes marginalisés, laissant ainsi entendre que l'égalité des peuples autochtones est encore et toujours un mythe.

Il y a d'autres raisons d'espérer. La *Loi constitutionnelle du Canada*, à l'article 35, reconnaît les droits autochtones. La décision Delgamuukw c. la Colombie-Britannique, rendue par la Cour suprême du Canada le 11 décembre 1997 (CSC 1997, vol. 3), reconnaît que les revendications territoriales des Premières nations n'ont jamais été éteintes, établissant ainsi le fondement juridique pour les revendications territoriales en Colombie-Britannique. Les chercheuses se réjouissent aussi

du mouvement de rétablissement grâce auquel les Autochtones et les communautés autochtones apprennent à connaître les répercussions de la colonisation sur le comportement individuel et sur l'édification d'une nation, et constatent ainsi que ce comportement est une réaction naturelle à la marginalisation et à l'oppression. Cette compréhension favorise le rétablissement. Le mouvement en faveur de l'autodétermination ne peut être arrêté. Le moment est venu d'y donner suite.

Il est important que chaque femme autochtone ait l'occasion de prendre la place qui lui revient dans le cheminement vers l'autodétermination. Les questions et les besoins qu'elle définit doivent faire partie du programme.

Bien qu'il y ait des raisons d'espérer et d'être optimiste, les progrès réalisés par les peuples autochtones se trouvent dans un ressac. Pour avoir une idée des attitudes sociales, il suffit d'écouter la rhétorique qui prône la résistance au concept des droits ancestraux des Autochtones et aux instruments démocratiques qui sont utilisés pour essayer de réaliser la justice sociale pour les peuples autochtones. Un exemple courant en est le processus du traité Nisga'a en Colombie-Britannique. Le traité Nisga'a a été négocié par des gens dûment élus qui représentent les intérêts de toutes les personnes qui habitent la Colombie-Britannique. Pourtant, plusieurs partis politiques et de puissants groupes d'intérêt réclament la tenue d'un référendum dans l'espoir d'annuler le traité. En septembre 1998, David Black, propriétaire de plus de 80 journaux communautaires dans trois chaînes distinctes de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'État de Washington, a invité les éditeurs des journaux à n'écrire et à ne publier que des éditoriaux s'opposant au traité Nisga'a. Cette attitude indique que le rapport de la Commission d'enquête et les autres documents du genre ne sont pas considérés comme des sources crédibles d'information et d'explications pour bien des habitantes et des habitants de la Colombie-Britannique. Mais, c'est avant tout l'attitude hostile qui constitue un obstacle de taille au règlement des questions complexes et pluridimensionnelles avec lesquelles les peuples autochtones sont aux prises. La toxicomanie n'est qu'une de ces questions.

En plus des obstacles liés au contrôle de leurs terres et de leurs ressources, les Premières nations doivent composer avec une incompréhension de l'importance du renouvellement culturel. Certains membres de la société dominante considèrent que la culture autochtone, c'est des traditions, de l'art, des danses, des langues et de la nourriture. Bien que tous ces éléments soient des symboles fondamentaux de la culture, ils n'en sont pas l'essence. La culture autochtone est une vision du monde qui détermine la façon dont les gens se voient par rapport à d'autres, à leur passé et leur avenir et à la place qu'ils occupent parmi les êtres vivants. On s'attend à ce que les peuples autochtones partagent les valeurs et les convictions de la société dominante et qu'ils s'y intègrent au risque de ne pas être considérés comme ayant réussi ou compétents. Et pourtant, ce faisant, ils renoncent aux valeurs et pratiques qui leur permettent de se sentir humains et compétents, ou encore luttent pour les conserver. La société dominante doit modifier son attitude et considérer les valeurs et les convictions autochtones comme égales aux siennes. Il faut aussi reconnaître le fait que le mouvement vers un renouveau culturel est récent et que les peuples autochtones sont en train de se redéfinir. Il faut appuyer et respecter ce processus.

D'après un récent rapport fédéral sur le projet Canada 2005, l'attitude des Canadiennes et des Canadiens se durcit. Selon le rapport, 40 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens interrogés croient

que les peuples autochtones n'ont qu'eux à blâmer pour leurs problèmes. Cette conviction a des répercussions importantes sur ce que les peuples autochtones peuvent, de façon réaliste, faire pour résoudre les terribles problèmes hérités du colonialisme et de l'oppression. Ces attitudes sociales sont de puissants obstacles invisibles à l'obtention de ressources grandement nécessaires.

Il y a d'autres raisons pour lesquelles cette recherche est importante à ce moment-ci. Lors d'une récente conférence de presse en Colombie-Britannique, l'honorable Lois Bonne, ministre responsable de l'enfance et de la famille, a annoncé la publication du guide d'action communautaire pour la prévention du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF). Les chiffres publiés à cette occasion indiquaient qu'environ 45 000 bébés naissent chaque année en Colombie-Britannique et que, de ce nombre, entre 80 et 800 ont des lésions attribuables à la consommation d'intoxicants. Bien qu'on ne sache pas exactement combien de femmes enceintes se livrent à un alcoolisme ou à une toxicomanie à risque élevé, les femmes autochtones sont probablement surreprésentées dans ce segment de la population. Qui plus est, à ce moment de l'histoire autochtone, la population est jeune et en âge d'avoir des enfants. Selon le recensement canadien de 1991 et le sondage auprès des peuples autochtones :

> [...] sur les 170 000 Autochtones de la province, plus de 35 p. 100 ont moins de 15 ans, comparativement à 19 p. 100 de la population non autochtone. Environ 57 p. 100 des Autochtones de la Colombie-Britannique ont moins de 24 ans. La population autochtone de jeunes est le groupe démographique qui croît le plus rapidement dans la province. La situation est inversée chez la population âgée. Les Autochtones de 55 ans ou plus ne forment que 7 p. 100 de la population autochtone de la Colombie-Britannique, tandis que les non-Autochtones de plus de 55 ans représentent près de 23 p. 100 de la population non autochtone. (www.anf.gov.bc.ca/aaf/faqs/faqs.htm.) [*Traduction*]

Finalement, les chercheuses soutiennent que cette recherche est importante, certains Canadiens et Canadiennes semblant incapables d'apprendre le moindre fait important et fort simple. Il est plus facile, pour la plupart des gens, de modifier un comportement dangereux ou malsain si de l'aide et les outils nécessaires leur sont fournis le plus tôt possible dans la vie plutôt qu'une fois que le comportement est tellement ancré dans les habitudes qu'il faut les surveiller et les punir. Nous semblons en outre incapables de changer quoi que ce soit malgré les preuves irréfutables au sujet des problèmes comme la toxicomanie qui découlent beaucoup plus de problèmes situationnels qu'individuels. Les chercheuses craignent que si notre façon de penser n'évolue pas, la consommation d'intoxicants par les femmes enceintes s'ajoutera à la liste des nombreux enjeux définis comme des problèmes individuels et traités par des mesures punitives sans tenir compte des contextes sociaux et historiques.

La méthode de recherche

Au début de la recherche, les chercheuses ont été invitées à présenter le projet aux femmes Gitxsan à la Conférence sur les femmes et le mieux-être tenue dans le village de Gitanmaax, près de Hazelton dans le nord de la Colombie-Britannique. Les chercheuses ont eu l'occasion de discuter sur une base informelle avec des travailleuses et des travailleurs de première ligne et des résidantes et des

résidants de la région pour déterminer si les gens étaient intéressés à participer à la recherche et pour distribuer les questionnaires sur le traitement obligatoire. La réaction à la recherche a été très positive bien que peu de questionnaires aient été reçus.

Un groupe de discussion a été organisé à la conférence au sujet du traitement obligatoire pour les femmes enceintes toxicomanes. C'est durant la discussion que les chercheuses ont réalisé les possibilités offertes par cette recherche, qui pourrait s'avérer un puissant moyen d'action. Au cours de la réunion, plusieurs participantes et participants qui n'avaient pas eu l'occasion de se pencher sur cette question auparavant ont participé très énergiquement à la discussion, appuyant et contestant les vues exprimées, partageant leurs expériences et échangeant leurs points de vue. Les chercheuses ont déterminé qu'une méthode de recherche qui donnerait aux femmes l'occasion de se réunir et de discuter de ce sujet serait plus efficace et amorcerait peut-être un changement.

Les chercheuses ont aussi décidé qu'il serait utile de concentrer leurs efforts sur une seule nation et ses communautés, pour que les femmes intéressées et d'autres intervenantes et intervenants puissent avoir une influence sur les politiques locales. Il leur semblait logique d'opter pour leur nation. Le processus y avait été amorcé et les gens étaient intéressés. Les chercheuses connaissaient les gens et ceux-ci les connaissaient. Il existait donc un certain climat de confiance.

À l'été 1998, les chercheuses se sont rendues dans six communautés Gitxsan pour recueillir des données. Elles ont interrogé plusieurs travailleuses et travailleurs de première ligne, des gestionnaires de programmes et des membres du conseil responsables des programmes de santé et de services sociaux dans quatre des six communautés. (Des rendez-vous avaient été pris avec des travailleuses et des travailleurs de première ligne dans chaque communauté, mais pour une raison ou une autre, deux rendez-vous ont été annulés.) Elles ont aussi organisé plusieurs groupes de discussion avec en moyenne cinq ou six participants, la plupart des femmes des Premières nations. Un groupe comptait plus de 15 participantes et participants. Même s'il y avait relativement peu d'hommes et de femmes non autochtones, leurs opinions étaient judicieuses et les bienvenues.

Chaque entrevue et chaque groupe de discussion durait entre une et deux heures et toutes les séances ont été consignées par écrit et enregistrées sur bande audio. Dès le départ, les participantes et les participants ont été informés du but de l'étude. Les chercheuses ont clairement indiqué que leur participation était volontaire et que leurs noms ne seraient pas mentionnés dans le rapport. La confidentialité au niveau du groupe ne pouvait être assurée, mais les participantes et les participants ont convenu de ne pas révéler l'information divulguée dans le groupe.

Les chercheuses sont très conscientes, en rédigeant le présent rapport, de l'engagement pris relativement à la nature confidentielle des renseignements. Elles n'ont pas utilisé beaucoup de citations directes, parce que, dans une petite communauté, il est facile de reconnaître les paroles d'autres personnes. Deux sections de ce rapport traitent des opinions des Premières nations : l'une présente les opinions des femmes des Premières nations qui vivent dans la réserve ou à l'extérieur de celle-ci et la présente section relate les expériences du peuple Gitxsan qui demeure dans la réserve. Dans ce rapport, les auteures ont parfois cité une personne qui ne demeure pas dans une communauté

Gitxsan, mais qui faisait partie d'un autre groupe de discussion, et ce, uniquement lorsque cette personne exprimait une idée qui était largement partagée par les membres des communautés Gitxsan.

Les auteures ont passé en revue les bandes et les notes et réparti en thèmes et en sous-thèmes les idées exprimées. Les questions dont ne pouvait traiter le présent rapport ont été retenues en tant que sujets possibles pour des recherches ultérieures et présentées à la fin du rapport.

Le processus de recherche dans ces communautés a été à peine amorcé, mais les auteures sont confiantes que les données étaient suffisamment riches pour appuyer les conclusions préliminaires qui pourraient servir de fondement à une recherche-action communautaire participative. Les chercheuses estiment que les voix des participantes et des participants contribueront, à tout le moins, au débat en vue de déterminer si le traitement obligatoire des femmes enceintes toxicomanes est ou non la voie à suivre. Cette question est étudiée plus abondamment au chapitre 4.

Partie II

L'étude de cas

L'étude de cas adopte une vaste perspective politique et juridique et examine des questions individuelles et communautaires. Cette méthode a été choisie parce que les chercheuses croient fermement que la question des femmes enceintes et de la toxicomanie doit être étudiée dans le contexte des aspirations des peuples des Premières nations qui souhaitent prendre en charge leur rétablissement et celui de leurs communautés, assurer leur autodétermination et retrouver leur culture.

Les chercheuses ont utilisé trois cadres pour analyser les données. Le premier s'est inspiré d'un cadre mis au point pour la résolution des conflits. Au début du processus, l'équipe de recherche a rencontré Stephen Owen, ancien ombudsman de la Colombie-Britannique, qui dirige présentement un programme d'études supérieures menant à un diplôme dans la résolution de conflits à l'université de Victoria. Une des membres de l'équipe des Premières nations avait étudié avec le professeur Owen. Ce cadre semblait tout indiqué puisque la question de la toxicomanie durant la grossesse a été présentée comme un conflit et que ce sont des politiques qui relient différentes perspectives qui auront le plus de chances de succès. Ce cadre comprend divers éléments, comme les enjeux, les parties, le contexte et la politique gouvernementale. Ce modèle comprend aussi un processus inclusif de participation au processus d'élaboration des politiques.

Les chercheuses ont également examiné les données provenant de deux visions du monde. Elles vivent et travaillent dans deux mondes : celui de la culture dominante et celui de leur propre culture. Il n'est pas facile de décrire la vie dans deux mondes, un auquel on n'appartient pas vraiment, tout en y étant en apparence tous les jours, et l'autre où l'on se sent chez soi, où l'on existe, même si cela n'est pas évident pour les personnes qui nous entourent. Ces mondes ont des idéologies différentes au sujet de la vie et souvent ces idéologies s'enchevêtrent et sont en conflit. Les chercheuses ont souvent eu l'impression d'analyser les données à travers une lunette à double foyer. Parfois, les données étaient si enchevêtrées que leur vision en était trouble.

Les chercheuses savent que les politiques pour les femmes Gitxsan, pour le peuple Gitxsan et pour les autres peuples autochtones qui auront le plus de chances de succès transcenderont ces deux mondes dans une certaine mesure. Il n'est pas facile d'élaborer de telles politiques. Si la question des femmes enceintes et de l'abus de substances intoxiquantes est abordée dans un contexte traditionnel, les solutions découlant des politiques traditionnelles différeront de celles de la société dominante. Examinons, par exemple, la signification du mot *grossesse* dans son contexte culturel. Le terme Gitxsan pour grossesse est *ubin*. L'orthographe de ce mot peut être mauvaise, mais les connotations du terme et le concept qu'il évoque sont vastes. Ce concept comprend réincarnation des ancêtres et le passage vers la prochaine génération. La mère a un rôle important à jouer envers l'enfant, celui de lui donner un sentiment d'appartenance. Elle est partie à tout ce qui arrive pendant la grossesse. Il n'y a pas de dichotomie entre elle et son enfant. Mais elle n'est pas seule responsable de l'enfant. Elle et l'enfant sont inextricablement liés à leur famille élargie et au clan. Le concept comprend une forme d'anticipation et de planification et un sens de responsabilité que ne renferme pas le terme *grossesse* dans le contexte culturel de la société dominante.

En dernier lieu, les chercheuses ont examiné le cadre établi par Christine Locke (1998) et de nombreuses autres personnes engagées qui travaillent auprès de femmes enceintes toxicomanes. Les éléments de ce cadre sont le respect, l'espoir, la compréhension et la compassion. Chacun de ces cadres a contribué aux réflexions sur les données, l'organisation de l'étude de cas et les recommandations finales.

Les participantes et les participants

Les participantes et les participants à l'étude de cas étaient essentiellement des travailleuses et des travailleurs de première ligne et des femmes Gitxsan de la base, certaines jeunes, certaines plus âgées. Certains des participants et des participantes de première ligne interrogés occupaient aussi un poste de direction dans l'administration de la bande ou dans la structure de gouvernement traditionnelle, ou les deux. Leur perspective en tant que leaders, bien que l'entrevue ne portait pas sur ce sujet, jetait un éclairage différent sur la dynamique du leadership de la communauté.

L'âge et les intérêts des participantes et des participants de la base étaient aussi très variés. Toutes ces personnes ont été touchées d'une façon quelconque par les problèmes de toxicomanie et de dépendance et savent mieux que quiconque ce dont ont besoin leur famille et elles-mêmes. En tant qu'éventuels utilisateurs et utilisatrices de programmes et de services gouvernementaux, ces personnes savent si ces programmes et services répondent à leurs besoins. Elles savent en qui avoir confiance et qui ne pense qu'à son intérêt personnel. Elles nous ont aussi fourni une perspective des plus précieuses sur les structures et les pratiques traditionnelles de gouvernance.

Les travailleuses et les travailleurs de première ligne sont responsables de l'application des politiques et des programmes existants relativement aux problèmes sociaux et de santé de la communauté. Ces personnes connaissent leur clientèle et leur communauté et savent si les politiques et les programmes sont efficaces. Elles connaissent aussi les obstacles à surmonter et sont les liens avec la direction, les chefs et le peuple. Elles jouent aussi plusieurs rôles dans cette capacité : porte-parole, agente ou agent d'orientation, être humain compatissant, leader et autres. Elles font souvent preuve d'un

dévouement exceptionnel. Une travailleuse a offert des ressources personnelles à une femme pour l'aider à rentrer chez elle après un traitement, les politiques ne prévoyant pas de fonds à cet effet.

L'ensemble des participantes et des participants a fourni une mine de renseignements et d'idées. Les chercheuses les en remercient sincèrement.

Le contexte général des politiques gouvernementales

Le peuple Gitxsan et le peuple Wet'suwet'en ont obtenu une reconnaissance nationale grâce à l'historique décision Delgamuukw c. la Colombie-Britannique, rendue par la Cour suprême du Canada (CSC 1997, vol. 3). Les chefs héréditaires Gitxsan et Wet'suwet'en, au nom de leur peuple, ont décidé de porter leurs revendications devant le tribunal, car les négociations relatives au traité avec le Canada et la Colombie-Britannique en étaient venues à une impasse. Devant le tribunal de première instance, le peuple Gitxsan a présenté des preuves sur la richesse de sa culture, son système de gouvernement traditionnel et ses lois. Même s'ils a perdu à ce niveau, la décision a été renversée par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique et confirmée par la Cour suprême. La décision reconnaissait que les revendications des Premières nations à ce territoire ne s'étaient jamais éteintes et qu'elles établissaient le fondement juridique des revendications territoriales en Colombie-Britannique. Elle reconnaissait également le titre autochtone et la nature collective de ce titre. Plus récemment, les chefs héréditaires Gitxsan et la province de la Colombie-Britannique ont signé une entente de réconciliation qui permettait la poursuite des négociations bilatérales sur certaines questions. Ces négociations portent aussi sur le soutien aux approches culturelles pour améliorer la qualité de vie des Gitxsan.

Le peuple Gitxsan est gouverné actuellement en grande partie sous l'autorité fédérale de la *Loi sur les Indiens* et sa politique d'application. L'autorité administrative a été transférée du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien aux conseils de bandes locaux. Il y a 197 bandes des Premières nations en Colombie-Britannique, soit environ 33 p. 100 des 609 bandes du Canada. Le peuple Gitxsan qui demeure dans la réserve vit dans six communautés régies par des conseils de bande : Gitanmaax, Gitsegukla, Kispiox, Glen Vowell, Gitwangak et Gitanyow. Cinq de ces conseils font partie d'une plus grande structure appelée la Commission gouvernementale Gitxsan, qui est mandatée pour s'occuper des problèmes des bandes en tant qu'organisme collectif. Une bande est demeurée indépendante par rapport à cet organisme administrateur. La *Loi sur les Indiens* détermine aussi qui a le titre d'Indien inscrit et qui, par conséquent, est membre de ces bandes. Les membres des bandes ont droit aux programmes et services fédéraux administrés par les conseils. Les Gitxsan ne sont pas tous membres d'une bande.

Il est difficile de déterminer le nombre actuel de citoyennes et de citoyens Gitxsan. Bien qu'il y ait environ 2 000 membres Gitxsan qui vivent dans les six communautés, beaucoup demeurent hors de leur territoire traditionnel. Certains ont le statut légal d'Indienne inscrite ou d'Indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens* et, à ce titre, peuvent faire partie de la bande et vivre sur une réserve. Les Indiennes et Indiens inscrits qui ne demeurent pas dans une réserve ont un accès limité aux programmes et services propres aux Premières nations. Les peuples autochtones peuvent se prévaloir

des programmes et des services provinciaux, mais on leur en refuse souvent l'accès en raison d'un malentendu entre les prestataires de services au sujet du gouvernement responsable.

Bien que le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien soit le premier responsable des politiques qui touchent les peuples des Premières nations, d'autres ministères fédéraux sont aussi responsables de certains programmes et de certains services. Par exemple, la Direction générale des services médicaux de Santé Canada s'occupe des programmes de santé des Indiennes et Indiens et le ministère de la Justice est responsable, quant à lui, du système de justice sur les réserves. Le ministère provincial des Affaires autochtones doit participer, avec le gouvernement fédéral et les bandes des Premières nations, les conseils tribaux et les systèmes héréditaires, aux négociations des traités relatifs aux revendications territoriales. Le gouvernement provincial fournit aussi des services aux peuples des Premières nations qui demeurent à l'extérieur des réserves. Le gouvernement provincial applique aussi la *Societies Act* que le gouvernement fédéral surveille par sa législation de l'impôt sur le revenu. Les peuples autochtones paient pour ces programmes et ces services au moyen de l'impôt sur le revenu personnel, de taxes sur l'organisation ou par le truchement de la souffrance humaine.

Les peuples des Premières nations dans les réserves doivent transiger avec plusieurs paliers de gouvernement. Les gouvernements fédéral et provincial jouent un rôle important. Il arrive souvent que les peuples des Premières nations doivent constituer des sociétés pour recevoir des fonds publics, ce qui crée plusieurs autres organismes administratifs dans la communauté. Il y a aussi la structure de bandes, créée par le gouvernement fédéral. Tous ces systèmes sont présents, même dans les plus petites bandes de quelques centaines de personnes. Ces structures et processus administratifs complexes sont difficiles à négocier et coûteux à administrer. Des ressources importantes sont consacrées à des bureaucraties lointaines et ne profitent pas aux communautés locales des Premières nations ni aux peuples autochtones. Et pourtant, des fonds sont rarement consacrés aux systèmes traditionnels de gouvernement ou au renouvellement de ceux-ci.

Les événements historiques et les structures administratives susmentionnés établissent un cadre juridique et politique au sein duquel la nation Gitxsan peut se reconstituer. Le rétablissement du traumatisme historique, l'habilitation et le renforcement des capacités du peuple Gitxsan peuvent devenir une réalité pour toute la population Gitxsan, où qu'elle vive. Le rapatriement des citoyennes et des citoyens Gitxsan qui sont coupés de leur culture et de leur nation peut devenir une priorité. Toute personne peut revendiquer un droit du sang et être accueilli parmi les siens. Ces personnes sont membres de la nation Gitxsan et, à ce titre, ont des droits de citoyenneté. Elles ont une place dans la structure sociale des Gitxsan et doivent contribuer à reconstruire et à donner un nouvel élan à la culture Gitxsan, à ses institutions et à son système de gouvernement. Au niveau territorial, les Gitxsan sont en voie de rétablir la cohésion sociale de la société Gitxsan au moyen des instruments de gouvernement des institutions de la société dominante et du système traditionnel de gouvernement. Ces instruments traditionnels s'appuient sur les valeurs, les croyances, les attitudes et les hypothèses de la nation Gitxsan. Ce processus de reconstruction de la cohésion sociale est très lent et très coûteux, mais il contribuera à jeter les bases pour les années de développement politique, juridique et social à venir.

Une communauté en transition

Tout ce qui précède semble indiquer que la nation Gitxsan procède à une transition du modèle fédéral de la *Loi sur les Indiens* et du conseil de bande de gouvernement local vers le modèle héréditaire de gouvernement Gitxsan. À l'heure actuelle, les deux modèles coexistent. Bien que le système héréditaire de gouvernement soit politiquement reconnu et utilisé, il ne jouit pas des mêmes ressources que les conseils de bande. En définitive, les ressources nécessaires proviendront du territoire traditionnel des Gitxsan.

Le processus de transition est compliqué par le fait que le système des conseils de bande et le système traditionnel, loin de s'appuyer, sont souvent en conflit. Lorsque le peuple Gitxsan a été relégué dans les réserves, ses terres ancestrales sont devenues des terres de la Couronne et les gens qui y demeuraient ont été déplacés. Ils ont été séparés en diverses bandes et souvent en familles et leurs Maisons, les organismes traditionnels de gouvernement, ont été démembrées au cours de l'opération. Six communautés ont été créées et leur gestion confiée à des conseils de bande. Cette façon de procéder rompait avec les structures traditionnelles de gouvernement des Gitxsan, où il y a quatre clans et plusieurs Maisons de clans dirigées par les chefs héréditaires. Ces chefs héréditaires étaient et sont toujours à leur tête, rendent des comptes aux membres de la Maison et sont chargés du maintien du territoire traditionnel. Les ressources récoltées sur le territoire doivent être utilisées au profit des membres de la Maison. Les membres de la Maison se soutiennent les uns les autres et travaillent en collaboration avec les membres des autres Maisons. Ce soutien est très manifeste aujourd'hui dans la pratique traditionnelle des fêtes funéraires.

Le fonctionnement des conseils de bande s'est inspiré du modèle européen — qui s'oppose aussi au système des Premières nations. La *Loi sur les Indiens* déterminait qui pouvait être considéré comme Indien inscrit et la notion d'Indien inscrit et non inscrit sème la confusion lorsqu'il s'agit de déterminer qui peut participer pleinement à la direction des bandes. L'appartenance à une bande est déterminée de façon patrilinéaire. Cette façon de déterminer l'appartenance a eu pour effet de saper le système traditionnel matrilinéaire du clan et de la Maison. Il y a trente ans à peine, les femmes des Premières nations ne pouvaient faire partie du gouvernement de la bande, alors que dans les traditions Gitxsan elles jouaient un rôle important dans le gouvernement de la nation. De plus, jusqu'à tout récemment, les peuples des Premières nations n'avaient pas légalement le droit de vivre selon leur culture, et leurs enfants étaient enlevés et placés dans des écoles résidentielles. Ces mesures faisaient partie de la politique d'assimilation sanctionnée par le gouvernement. Les enfants ont été plus tard placés dans des foyers nourriciers et beaucoup se sont retrouvés dans le système de justice pénale. Compte tenu de ces antécédents historiques, il est très difficile de revenir aux systèmes traditionnels de gouvernance. Le processus de transition peut créer des conflits internes, mais beaucoup de ces conflits sont le résultat de cette page sombre de l'histoire.

L'intention du présent rapport n'est pas de fournir une analyse détaillée des politiques fédérales et provinciales et des services offerts aux peuples des Premières nations, mais bien de faire ressortir comment les lois, les politiques et les services de chaque palier de gouvernement influent sur la façon dont les peuples des Premières nations peuvent composer avec leurs luttes à l'échelle communautaire. Non seulement faut-il se familiariser avec des niveaux, des politiques et des peuples

différents — dont beaucoup changent tout le temps — mais ceux-ci entrent souvent en conflit les uns avec les autres et avec les méthodes traditionnelles de gouvernement.

Outre la transition de ses structures administratives, la communauté modifie la façon dont elle règle les questions individuelles et communautaires. Pendant nombre années, les services de santé et sociaux offerts par les gouvernements aux membres des bandes étaient basés sur une vision européenne des problèmes sociaux — en tant que problèmes individuels à régler au cas par cas. Cette méthode a été critiquée par des auteures et auteurs européens en raison des dommages causés à la vie communautaire et au sens des responsabilités sociales dans la population en général. Ses effets ont été dévastateurs sur les communautés des Premières nations.

Lorsque les gens ont été retirés de leur territoire et placés dans des groupes qui ne correspondaient pas à leurs familles et à leurs clans traditionnels, les Premières nations ont éprouvé un profond sentiment de déracinement. L'ordre naturel avait été détruit et remplacé par un système qui allait à l'encontre des traditions. La communauté dans son ensemble, tout comme l'individu, a perdu son sentiment d'identité, d'appartenance et d'importance. L'appartenance et la valeur sont absolument essentielles au développement de personnes et de collectivités en santé, et c'est précisément ce qui a été perdu. Lorsque les Autochtones ont réagi à ce fort sentiment de perte en ne participant pas au système politique et social et au système d'entraide du Canada, on les a jugés apathiques et peu coopératifs. Il aurait plutôt fallu les considérer comme réfractaires et déterminés à ne pas collaborer avec ceux qui leur avaient enlevé tant de choses. Lorsque des communautés entières ont réagi à la tristesse et à la perte, il en est résulté un mode de vie communautaire caractérisé par l'apathie et le désespoir. La prise en charge des enfants a causé encore plus de désespoir. La tâche des communautés des Premières nations est maintenant de rétablir un sentiment d'appartenance à la terre et à la communauté, de renouer avec la riche histoire des traditions et de les apprécier de nouveau. Il faut montrer de l'estime envers ceux qui nous ont précédés et considérer leur désespoir comme des actes de résistance et de courage.

Il est également important de comprendre que les comportements individuels sont une réaction à l'histoire de la colonisation. Parallèlement, les individus ont le pouvoir et la capacité de prendre des mesures pour changer leur comportement avec le soutien voulu. Parfois, l'aide et les paroles de réconfort et de compassion offertes par une personne font toute une différence. Beaucoup de gens sont des survivantes et des survivants. Ils ont démontré une ténacité, une capacité de survivre alors que tout était pratiquement perdu d'avance. Il est important de célébrer et de comprendre cette ténacité.

Le but des services de santé et des services sociaux est d'aider les gens à comprendre qui ils sont, à s'estimer eux-mêmes et à porter de l'estime à leur communauté tout en s'y taillant une place — à reprendre contact. Ces services contribuent à célébrer la résistance, la survie et la ténacité. C'est un cheminement vers le rétablissement et la priorité des efforts déployés par les services de santé et sociaux du peuple Gitxsan.

Il faut, dans le cadre de ce cheminement, complètement repenser les services de santé et sociaux. Comment pourrait-on les organiser et les fournir en respectant la tradition tout en y intégrant les éléments utiles des connaissances occidentales. Comment en faire le système Gitxsan pour le prochain siècle? Il est important de ne pas laisser la crainte ou les attitudes et les systèmes étrangers commander les efforts communautaires.

Par ailleurs, il y a des problèmes urgents qui touchent chaque membre de la communauté. En tant que femmes Gitxsan, les chercheuses s'inquiètent des effets de la toxicomanie et de la dépendance sur les membres de la famille, la communauté, la culture et sur l'important travail dans lequel le peuple Gitxsan s'est engagé à ce moment dans son histoire. Il y a eu une évaluation officielle des besoins en services de santé et sociaux en prévision du transfert de responsabilités pour les services de santé et sociaux du gouvernement fédéral au peuple Gitxsan, et des services d'aide à l'enfance de la province au peuple Gitxsan. Bien que les résultats de cette évaluation officielle ne soient pas encore connus, il est établi que la question de la dépendance et de la grossesse représente pour la communauté une importante préoccupation au point de vue de la santé et des services sociaux. Le texte qui suit décrit le travail en cours, qui aura une incidence sur cette question.

L'autonomie gouvernementale

Comme il a déjà été indiqué, le peuple Gitxsan fait actuellement face aux conséquences de l'affaire Delgamuuk. L'initiative d'autonomie gouvernementale est dirigée par le Bureau des chefs héréditaires. Elle comporte les négociations relatives au traité, des ententes bilatérales et autres du genre. Cette initiative est de nature juridique et politique et est d'une grande portée.

Les chefs héréditaires ont signé récemment une entente de réconciliation avec la Colombie-Britannique afin de négocier une entente bilatérale sur diverses questions, dont une sur les services de santé et sociaux. On espère que l'entente bilatérale accordera au peuple Gitxsan le pouvoir et les ressources nécessaires pour lui permettre d'élaborer un processus décisionnel souple et autonome pour les services de santé et sociaux. C'est une étape cruciale à franchir, car elle pourrait fournir à la communauté les ressources et le pouvoir décisionnel requis.

Un centre de guérison communautaire

Le Wilp si'satxw est situé sur le territoire Gitxsan et dessert les communautés des Premières nations du Nord. Ce centre de guérison, qui est surtout axé sur les cas d'alcoolisme et de toxicomanie, utilise des méthodes qui s'harmonisent avec les approches traditionnelles. L'aide qui est fournie aux clientes et aux clients pour les mettre en relation avec leur esprit et leur faire croire en eux est au coeur du travail accompli par le centre. On leur apprend à prier et à espérer, à guérir leurs esprits blessés au moyen des cérémonies de la suerie et du cercle d'influences. Gali Skalun, dans le bulletin Wilp *Four Directions*, a décrit le besoin de renouveau spirituel en ces termes :

> La spiritualité des Premières nations réside dans l'établissement et le maintien d'une relation très sacrée entre le témoin et le Créateur... Dans son livre *Mailis*, l'auteur, demande à son informateur, Fools Crow, le vieil homme saint du Lakota, ce que lui a donné Wakean Tanka pour rendre son pouvoir si efficace et pour amener dans sa vie

> une telle sérénité et une telle endurance. Sans hésitation, il répond que c'était la paix intérieure. [*Traduction*]

Les témoins viennent de partout dans la province, même des autres provinces, et certains ont diverses dépendances et des dépendances croisées en plus de l'alcool... Ils viennent de leur propre gré et participent à un programme commun de six semaines qui peut accueillir 18 personnes à la fois. Le conseil d'administration représente différentes communautés et différents groupes du nord-ouest de la Colombie-Britannique. La notion de guérison communautaire transparaît dans les principes et les programmes de Wilp. Par exemple, un camp de jeunes l'été, des programmes de sensibilisation des jeunes et des activités sociales qui favorisent la participation de la famille et des programmes de suivi constituent une partie très importante de la programmation. Vu les ressources limitées et la nécessité d'offrir des programmes directs aux personnes aux prises avec une dépendance, on y retrouve les tensions habituelles entre le traitement des personnes et les activités plus générales de prévention de la toxicomanie et de maintien de la sobriété. Le centre existe depuis dix ans et ses programmes font présentement l'objet d'une évaluation.

Wilp ne reçoit pas beaucoup de femmes enceintes dans son programme et il n'a pas de programmes spéciaux pour ces femmes. Le personnel de Wilp veille à ce qu'il y ait des soins prénataux et à ce que les clientes reçoivent l'information voulue au sujet du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et de l'effet de l'alcoolisme foetal (EAF).

> Beaucoup d'esprits sont blessés et souffrent. Ils en viennent à croire en eux et apprennent à prier et à espérer. Il y a des cérémonies de suerie ici. Très souvent, les femmes enceintes y vont, avec la permission de leur médecin. Elles entrent en contact avec elles-mêmes. [*Traduction*]

Le centre examine actuellement son orientation pour la prochaine décennie. Des programmes de sensibilisation spéciaux à l'intention des femmes enceintes ont été mentionnés comme possibilités.

On s'inquiète aussi du fait que les enfants consomment de la drogue et de l'alcool de plus en plus jeunes et que l'intoxicant de choix n'est plus l'alcool mais la cocaïne. On se préoccupe beaucoup du SAF et de l'EAF. Les participantes et les participants ont exprimé leurs craintes au sujet des effets primaires et secondaires du SAF et de l'EAF sur les enfants et les adultes qui passent par le counseling sur les drogues et l'alcool et par les programmes du centre de traitement. On reconnaît que le personnel et les autres intervenantes et intervenants doivent recourir à des approches différentes pour régler le problème de la toxicomanie des personnes qui ont subi les effets du SAF et de l'EAF.

Les systèmes de santé

Bien que les négociations soient en cours pour obtenir plus de contrôle sur les services de santé et sociaux, le système de santé actuel est le résultat d'une entente de transfert des services de santé entre Santé Canada et le Bureau des chefs héréditaires (BCH) qui a créé une entité juridique pour administrer l'Office de la santé Gitxsan, et qui en est maintenant à sa quatrième année d'un projet de cinq ans. Au cours des premières années, cet Office de la santé a connu une crise de croissance en

essayant de trouver une structure qui répondrait aux besoins de toutes les bandes, qui appuierait les structures de soutien et les croyances traditionnelles et qui desservirait toute la communauté, sans égard aux divisions des bandes. L'objectif de l'Office de la santé est d'assurer la planification et la prestation des services de santé à toutes les bandes plutôt que de laisser chaque bande mettre sur pied son propre service. Les programmes mettent l'accent sur la prévention, sur des démarches adaptées et conformes à la culture et sur la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins des communautés. Cet office s'engage à assurer le perfectionnement professionnel du personnel et à embaucher des membres de la communauté. Depuis le début du projet, une bande s'est retirée de cette initiative et négocie une entente distincte avec Santé Canada.

Avant la création de cet office, le personnel de la santé relevait de la bande responsable et devait offrir les programmes aux membres de la bande sur une base individuelle et agir comme agent de liaison avec les milieux médicaux. Son rôle dans tout cela était relativement limité et isolé par rapport à celui de ses homologues des autres communautés. Après la création de l'Office, le Programme des représentants en santé communautaire et le programme des conseillères et conseillers du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones ont été transférés de l'administration de la bande à l'Office de la santé Gitxsan. Tous participent à la planification de l'Office de la santé. Les communautés prendront part à des forums communautaires et recevront de l'aide au fur et à mesure que les gens manifesteront le désir de soigner les plaies laissées par l'histoire.

Le bien-être de l'enfant

Les mesures prises par les responsables de l'aide à l'enfance sont à l'origine d'un grand nombre des réactions qui ont cours à l'endroit des femmes qui ont des problèmes de dépendance pendant et après leur grossesse. Ce système subit aussi des changements. Le Service à l'enfance et à la famille Gitxsan est une initiative de la Commission gouvernementale Gitxsan et est financé par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien en vertu de la directive 20.1 du Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières nations. Le projet en est à la seconde phase — la phase de la planification — d'un projet de trois phases. Le plan consiste à créer un organisme qui offrira des services aux enfants et aux familles des communautés Gitxsan. L'autorité voulue pour cet organisme sera déléguée au moyen d'une convention habilitante aux termes de la *Child, Family and Community Services Act* de la province, qui conférera aux travailleuses et aux travailleurs sociaux Gitxsan la pleine autorité pour agir en qualité de travailleuses et de travailleurs de la protection de l'enfance. La même bande s'est aussi retirée de cette initiative. Dans la pratique, toutefois, les membres de cette communauté seront desservis par l'organisme, puisque les Services à l'enfance et à la famille seront fondés sur approche culturelle et transcenderont les obstacles artificiels comme le statut de bande autonome. Cependant, le fait qu'une des six bandes ait choisi de ne pas prendre part à ces deux initiatives aura des répercussions financières.

Le Service Gitxsan à l'enfance et à la famille compte miser sur les systèmes traditionnels, comme le système de la famille élargie, le système de clan et de Maison. Ces systèmes s'appuient sur différentes visions du monde et reflètent des valeurs et des croyances différentes. La vision Gitxsan

du monde n'est pas limitée ou restreinte par les systèmes fédéraux de bandes ni par l'idéologie de la famille nucléaire.

Même s'il sera possible de proposer des solutions traditionnelles pour le bien-être de l'enfance en vertu du nouveau système, il est important de noter que la législation et la politique du gouvernement auront encore beaucoup de répercussions sur ce que le peuple Gitxsan peut faire. Le nouvel organisme recevra la délégation voulue pour appliquer la *Child Family and Community Service Act,* la législation qui régit la protection de l'enfance en Colombie-Britannique. Cette loi met l'accent sur la protection de l'enfant et moins sur la prévention ou la participation de la communauté. Le peuple Gitxsan devra respecter les exigences de la loi et de la politique, tout en l'adaptant à sa vision du monde. Par exemple, les fonds de l'aide à l'enfance sont proportionnels, en grande partie, au nombre d'enfants dans l'administration et au nombre d'enfants pris en charge. Le financement accordé pour les enfants qui ne sont pas pris en charge, selon la définition qu'en donne le gouvernement, est variable. Sans modification à ces formules de financement, il sera difficile d'établir des méthodes traditionnelles. Une autre société sera créée pour administrer l'aide à l'enfance, là encore avec le risque de l'isoler des autres services et des membres de la communauté. Déjà, l'Office de la santé Gitxsan propose que le personnel des deux sociétés partagent des possibilités de perfectionnement professionnel et travaillent en étroite collaboration sur des enjeux communautaires. Un répondant du centre de guérison communautaire a proposé de mettre en commun les fonds pour le sida et d'élaborer une réponse concertée. La souplesse des critères de financement déterminera la possibilité d'une stratégie commue.

À l'heure actuelle, les Services de l'aide à l'enfance fonctionnent quelque peu différemment selon les bandes. Tous utilisent le personnel de développement social pour fournir les services de soutien du revenu et de la famille. Parfois, si des enfants sont à risque, ils peuvent être placés dans la maison d'un parent et la famille reçoit le soutien financier nécessaire grâce à un programme de soutien du revenu, sans faire appel aux autorités provinciales de l'aide à l'enfance. Si ce n'est pas possible, toutefois, des travailleuses ou des travailleurs provinciaux de l'aide à l'enfance font enquête et élaborent des plans pour les enfants. Une bande a établi un comité d'aide à l'enfance qui a assumé une bonne partie du contrôle des travailleuses et des travailleurs gouvernementaux de la protection de l'enfance. Si l'on formule des préoccupations au sujet des enfants, le comité, et notamment la travailleuses ou le travailleur gouvernemental de la protection de l'enfance, en aviseront le chef héréditaire de la Maison des enfants, et on prendra les dispositions nécessaires parmi les membres de la Maison pour assurer le soin des enfants. Ce processus est possible grâce à un protocole d'entente. Cependant, si ces membres ne sont pas non plus membres de la bande, ces personnes ne peuvent recevoir de soutien financier, car ce soutien est distribué par le système de la bande et les membres de la famille sont assujettis à des critères d'admissibilité.

Les approches culturelles aux problèmes communautaires

Cette période de transition est aussi axée sur le renforcement des solutions culturelles à un grand nombre de problèmes communautaires. La culture Gitxsan a toujours été une source de force pour la communauté. Cependant, il est indéniable qu'elle a subi des dommages par suite des « abus » historiques et qu'il faut la restaurer et la renouveler. Dans les entrevues et les sessions de groupes, un

fort sentiment d'autodétermination, de guérison des familles et de renouvellement culturel était manifeste. Dans bien des cas, ce n'est pas tant ce qui a été dit mais la façon de le dire qui a créé cette impression. Il semble aussi y avoir un sentiment d'urgence pour faire le nécessaire de façon à réaliser les aspirations de ce peuple. On avait quelque peu l'impression qu'ils étaient sur les épaules de géants, le sentiment que « nos ancêtres nous ont amenés jusqu'ici — à nous de faire de même pour les générations à venir ». Cependant, les connaissances culturelles doivent être préservées et partagées avec les membres de la communauté. Ce ne sont pas tous les membres de la communauté qui savent qui ils sont, où se trouve leur place, et quels sont leurs rôles et responsabilités de Gitxsan. Le système et les institutions culturels doivent être restaurés et renouvelés. Il faut qu'il y ait une solution de rechange crédible, qui inspire confiance. Les ressources provenant du territoire doivent être récoltées et les richesses redistribuées conformément aux valeurs et aux croyances traditionnelles.

Il y a des initiatives culturelles dans la communauté. La langue Gitxsan s'enseigne dans les écoles primaires. Les camps culturels apprennent aux enfants la culture et les traditions. Ces camps ne sont pas gratuits et les familles pauvres ne peuvent se les permettre. Une participante a parlé des inquiétudes soulevées au sujet d'une famille et de jeunes garçons qui consommaient de l'alcool et de la marijuana et de la façon dont ce problème a été abordé par rapport à la culture :

> Ils ont donc demandé à deux autres familles ici dans notre aréna d'organiser une cérémonie de purification, ce qui a été fait. Et les jeunes hommes se sont assis et les parents et les oncles ont dit ce qu'ils pensaient de ce qui arrivait à leur garçon qui buvait de l'alcool et fumait de la mari. Et nous avons terminé le tout par une cérémonie de clôture et une collation. [*Traduction*]

La coutume traditionnelle réunit tout le monde et l'on partage les préoccupations et les responsabilités liées au mieux-être des jeunes garçons. Les oncles ont un rôle important à jouer dans la culture Gitxsan. Ils sont les premiers responsables de l'enseignement du bien et du mal aux enfants de leurs soeurs. Il est très important que les oncles soient de bons modèles à imiter. Cette expérience fait savoir aux jeunes qu'ils sont aimés et soutenus. Cela leur donne un sens des valeurs et puis établit une norme d'intolérance pour l'alcool et la drogue. Cela laisse aussi savoir aux jeunes que leur comportement attriste beaucoup les personnes qu'ils aiment.

D'autres ont mentionné les cercles traditionnels de la parole comme autre exemple de méthodes culturelles entreprises officieusement dans la communauté :

> Je crois, de façon réaliste, que les gens utilisent surtout le cercle de la parole. Dans ce milieu, les gens se confient au sujet des questions qui nuisent à leur bonne santé physique et mentale. Je crois que cette façon de procéder mérite d'être examinée. La cérémonie du cercle de la parole est un bon endroit pour exprimer ses sentiments. Et puis, l'idéal, ce serait que des professionnelles et professionnels bien formés puissent aider, puisque ces personnes sont en mesure d'obtenir une vue d'ensemble en raison de leur formation.

> Ainsi, dans la communauté de Gitanyow, il y a une équipe d'intervention d'urgence; il y a des cérémonies du cercle de la parole... Je lui ai dit que j'aimerais participer et vivre cette expérience. Cela aura peut-être un effet d'entraînement sur toutes les communautés.
>
> Nous sommes invités à un potlatch pour un bébé né prématurément, qui a passé deux ou trois mois dans un hôpital de Vancouver. Les grands-parents ont organisé un potlatch et ils ont invité des gens pour souhaiter la bienvenue au bébé et pour montrer aux parents que la famille et les amis les appuyaient. Et mon mari a dit : « nous irons, car cela contribue à bâtir une structure familiale en montrant aux grands-parents et aux parents qu'ils font partie de la communauté et de la famille et qu'ils ont une place importante à tenir dans cette structure. » Nous y sommes allés et ils ont accueilli le bébé, purifié la famille et organisé une espèce de mini-fête. Ils nous ont donné du poisson qu'ils avaient fait sécher durant l'été. Lorsque nous sommes revenus à la maison, il était bon de voir la communauté se rallier autour de cette famille. [*Traduction*]

Il y a un défi à relever dans la communauté pendant la période de transition, car nombre de membres du personnel des programmes ont été formés par les gouvernements et ont appris à travailler d'une façon particulière. Il leur faut maintenant adopter de nouvelles approches et méthodes. Deux commentaires décrivent ce défi :

> Au mois de juin, nous avons préparé un cours de formation à la médiation avec l'Institut de la justice. Et là encore, l'ensemble des travailleuses et des travailleurs de première ligne ont été invités, mais plusieurs ne sont pas venus. Il semble que ce soit toujours les mêmes qui ne participent pas. Un certain nombre de travailleuses et de travailleurs occupent des postes nécessitant de la formation pour accroître leur efficacité, mais ces personnes sont à l'aise dans leurs fonctions et ne croient pas qu'elles pourraient faire davantage pour les autres membres.
>
> Nous voulions inviter des guérisseurs traditionnels ou des chefs spirituels. Il y a une dame avec qui nous avons fait une retraite à Wilp et, à la fin de la semaine, nous avons organisé une suerie. C'était accessible au personnel de l'Office de la santé Gitxsan et des trois conseils. Personne ne voulait participer à l'exception du personnel et le conseil de l'Ouest et cela en valait vraiment la peine. C'est ce genre de travail que nous devons faire avec notre peuple et nous devons commencer à parler de guérir notre nation. Ce serait l'endroit où commencer. [*Traduction*]

Les femmes de la communauté réagissent à la toxicomanie durant la grossesse

Bien des gens interrogés individuellement ou qui ont participé aux groupes de discussion connaissent bien le problème des femmes et de la toxicomanie pendant la grossesse et s'en inquiètent. C'est en soi une importante force au sein de la communauté. Généralement, ce sont surtout les femmes de la communauté Gitxsan qui sont les chefs de file du développement social. Elles favorisent la cohésion

sociale et un sens de mieux-être au sein de la communauté. Elles sont aux premières lignes lorsqu'il s'agit de soulever et de régler les difficiles problèmes sociaux de la communauté. Elles sont la voix de la conscience du peuple. Souvent elles n'ont pas de pouvoir décisionnel et n'ont pas accès aux ressources pour amener les changements nécessaires. Elles se chargent des problèmes, ce qui est leur contribution personnelle au peuple. Les femmes ont parlé de la nécessité de se tailler de nouveau une place dans la communauté en considérant cela comme une étape cruciale pour régler ces questions :

> Je sais que nous travaillons à reconnaître le tort causé par les écoles résidentielles. Je sais qu'il serait bon de pouvoir revenir à nos traditions, tout comme les cérémonies et les rituels que nous avions lorsqu'une jeune fille devenait femme pour la première fois. Nous essayons de rétablir cette coutume. Il s'agit d'entrer en contact avec les membres de la Maison et les convaincre d'utiliser leur autorité sur le peuple. À l'heure actuelle, c'est la façon du gouvernement qui prime et qui ne nous reconnaît pas comme femmes Gitxsan — on nous loge à la même enseigne. Il n'y a pas de sentiment d'identité. [*Traduction*]

Les femmes de la communauté abordent la toxicomanie pendant la grossesse de différentes façons. Certaines femmes détiennent à la fois un pouvoir traditionnel et au conseil de bande et travaillent dans le cadre de divers services de santé et sociaux. Une femme, un chef héréditaire, inspire le respect par sa seule présence. Elle a démontré son engagement envers la communauté de différentes façons et les gens savent qu'ils peuvent lui faire confiance. Elle agit dans l'intérêt de son peuple, que ce soit pour la communauté de la réserve ou pour les membres de sa Maison. Elle est un excellent modèle et un symbole de ténacité. Elle transmet l'espoir. Elle parle aux jeunes femmes, aux femmes enceintes et ses paroles sont bien reçues.

Les femmes qui n'ont pas ce pouvoir politique reconnu utilisent néanmoins leur pouvoir personnel au niveau de la base. Une participante nous a fait part de sa préoccupation au sujet du syndrome d'alcoolisme foetal. Elle s'est renseignée de façon à pouvoir dissiper ses craintes. Mais elle est devenue frustrée parce qu'elle voyait le problème dans toutes ses dimensions, sans pouvoir faire grand-chose. Le manque de ressources constituait le principal problème. Elle estimait aussi qu'on esquivait tout simplement la question :

> Il faut, je crois, que la question soit posée et que les gens en parlent directement, ce qui n'est pas le cas présentement. Les gens qui travaillent auprès des enfants touchés en parlent, mais pas la famille. Je n'ai pas entendu des gens qui ont des enfants touchés parler de la question, pourquoi. Je pense qu'il y a beaucoup de culpabilité là... Je crois que des ateliers sont utiles, mais je pense que nous devons aussi apporter du soutien aux parents pour qu'ils puissent enfin commencer à parler de la façon dont nous pouvons travailler en fonction de la situation actuelle. Quand nous présentons des ateliers, nous parlons toujours de la question et soulevons des préoccupations. Mais il est difficile d'assurer un suivi à moins de faire partie d'un programme qui permet d'avoir du financement. [*Traduction*]

Même si elle s'inquiétait de l'absence de compréhension dans la communauté, même chez les chefs, au sujet des répercussions de la toxicomanie durant la grossesse, elle espérait que l'éducation permettrait de mieux faire comprendre le problème et d'aider le personnel à offrir des solutions adéquates. La plupart des participantes sont conscientes de l'importance d'être un bon modèle pour les jeunes femmes et de faire en sorte qu'elles voient qu'il est possible de vivre sans intoxicants.

Plusieurs répondantes agissent officieusement comme des agentes de changement dans la communauté avec peu ou pas de ressources financières. Elles ont parlé d'un engagement personnel pour faciliter un changement positif auprès de leur famille, des jeunes et de la communauté, malgré le manque de ressources et de soutien de la part des chefs de la communauté. Comme l'a dit une participante :

> Je travaille auprès des jeunes mères ici depuis cinq ans et nous avons un groupe qui se réunit tous les lundis. Nous sommes très proches et je sais que la confiance règne. [*Traduction*]

Cet engagement personnel à la « cause » dans une capacité quelconque est souvent la norme chez les peuples des Premières nations. Il y a des années, la « cause » unificatrice était la résistance. La Commission royale sur les peuples autochtones a dit que la cause aujourd'hui était le « renouvellement » et qu'il y a bien des éléments à ce renouvellement : santé, culture, politique, territoire et d'autres encore. Cette attitude d'un profond engagement personnel peut être attribuée à un sens de plus en plus aigu du développement politique et du renouvellement culturel chez les membres Gitxsan, par suite d'années de travail sur l'affaire Delgamuuk. Cet engagement peut aussi être attribué au pouvoir symbolique du mouvement de guérison des Premières nations.

Les femmes ont discuté de la nécessité de la guérison et de leur rôle pour encourager le processus de guérison. Une participante a parlé de son expérience au centre de traitement de la toxicomanie des Premières nations. Elle a compris les répercussions sur les générations de l'expérience des écoles résidentielles. Lorsqu'elle est rentrée chez elle, elle comprenait mieux la dynamique de sa famille. Elle a amené cette compréhension à la dynamique de sa famille et à son travail dans la communauté. Elle estime que cette compréhension favorise la compassion. Bien des femmes parlent de la première étape de la guérison et de l'établissement de la confiance chez les membres de la communauté :

> C'est sur cette importante question qu'il faut travailler — la confiance. Je ne sais pas très bien comment aller au-delà de cela sauf en travaillant auprès des familles et, je l'espère, des cercles de la parole. Je crois qu'il faut en établir dans toutes les communautés. Commencer par guérir les mères, car elles sont les piliers de la société Gitxsan. Ce sont elles qui s'occupent de toutes les tâches matérielles, la nourriture et l'argent dans la salle des fêtes... Les femmes Gitxsan doivent se lever, simplement dire que ça suffit et qu'il faut commencer à faire quelque chose. Commençons à aider les gens. [*Traduction*]

Les messages de la communauté au sujet des femmes et de la toxicomanie durant la grossesse

Deux messages importants ont été formulés par les répondantes et les répondants. Le premier porte sur l'importance de la prévention et de l'utilisation de tous les moyens possibles pour aider les jeunes à comprendre les répercussions de l'alcool et de la drogue sur le foetus en développement. Un grand nombre d'initiatives créatives ont été prises.

L'un des commentaires importants formulés par le personnel du centre Wilp portait sur la nature changeante de la clientèle, ce qui reflète peut-être l'évolution démographique de la population générale des Premières nations. Depuis quelques années, le centre accueille des clientes plus jeunes — de 18 à 23 ans — et reçoit aussi des appels de la part de gens qui travaillent auprès des jeunes et qui sont à la recherche de programmes faits pour eux. D'une certaine façon, le programme peut grandement contribuer à prévenir la toxicomanie durant la grossesse, bien qu'il soit utilisé au maximum pour offrir des programmes adaptés pour la jeunesse; le défi consiste à savoir comment bien faire les choses. Comme l'a dit une répondante :

> Dans le cadre de l'une de leurs initiatives, des infirmières en santé communautaire ont tenté d'organiser des ateliers éducatifs sur les effets de l'alcool et de la drogue. J'estime qu'il y a beaucoup de travail à faire pour ce qui est de ce genre d'éducation, surtout auprès des jeunes femmes. À l'école secondaire Hazelton, il y a eu 18 grossesses chez les adolescentes l'an dernier — c'est beaucoup. Je pense qu'au moins neuf d'entre elles consommaient de l'alcool. [*Traduction*]

Voici d'autres commentaires au sujet de la prévention :

> Je crois qu'on ne peut plus se contenter d'en parler, il faut commencer à travailler dans les communautés en offrant plus de programmes dans le domaine de la prévention.

> Nous avons des activités de sensibilisation aux drogues et à l'alcool dans la communauté. Par exemple, au cours de la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies, en novembre, les travailleuses et les travailleurs de première ligne se rendent dans les écoles pour parler d'alcool et de drogue. Chaque communauté organise quelque chose. Tout le monde est invité. De plus, la Northwest Band Social Workers Association favorise la sensibilisation des travailleuses - et des travailleurs-ressources au syndrome d'alcoolisme foetal.

> Les politiques relatives à l'Office de la santé Gitxsan ont connu un changement d'orientation intéressant au cours des six derniers moins. Nous faisons porter nos efforts sur l'éducation préventive plutôt que sur un rôle de conseillère ou de conseiller en matière de drogue et d'alcool une fois qu'il y a dépendance. Nous n'avons plus une attitude réactive, mais nous favorisons l'éducation et offrons de l'aide non seulement dans les écoles, mais aussi auprès du Wilps et de ses membres.

> Nous avons aussi organisé l'atelier de protection des Premières nations, ce qui a aidé la GRC à Hazelton... à contrer la toxicomanie. On y formait des gens en leur apprenant à en éduquer d'autres au sujet de la toxicomanie et à se rendre dans les écoles pour éduquer les jeunes enfants. Ils ont montré aux enfants différents types d'alcool et de narcotiques. [*Traduction*]

Le deuxième message porte sur les défis réels qui attendent les personnes qui s'occupent d'intervention et de traitement de la toxicomanie dans les communautés des Premières nations. La perspective d'une guérison holistique a une grande signification, mais demeure un défi considérable à relever. La question des écoles résidentielles et de leurs répercussions sur les toxicomanes et les alcooliques en fournit une illustration :

> J'ai fréquenté une école résidentielle. Je pense que les gens qui ne sont pas allés dans une école résidentielle ont l'esprit plus ouvert. À l'école résidentielle, les gens pensaient pour nous. Ils nous ont ravi notre culture, notre langue, nos parents, notre orientation. Ma mère ne m'a pas enseigné. Quand j'ai grandi, j'ai suivi ma mère. Je ne pouvais enseigner à mes enfants. Tout ce que je pouvais donner, c'était mon amour. Cela faisait terriblement mal — j'ai perdu tout cela à cause de ces stupides écoles résidentielles. Quand j'ai quitté l'école résidentielle, je pensais savoir bien des choses. Et pourtant, à 18 ans, je ne savais même pas comment tomber enceinte, ou que j'étais enceinte... Nous n'avions personne pour nous instruire. À l'école résidentielle, nous n'avons aucune orientation. Alors, beaucoup d'entre nous pensaient que l'alcool était une façon d'apprendre à connaître les gens. C'est pourquoi j'ai commencé. J'ai bu pendant toute ma vie, sauf quand j'étais en prison. L'alcool m'a jetée en prison — le vol, le meurtre, et tout le reste... Les gens qui sont en prison ont, pour la plupart, connu l'école résidentielle.
>
> Alors, après avoir reçu du counseling, je me suis inscrite dans un programme de trois mois sur les connaissances pratiques. De là, mon conseiller m'a inscrite dans un programme à Round Lake pour les survivantes de traumatismes. Et j'y ai pris part pendant six semaines et cela m'a ouvert les yeux de constater que la majorité des membres de ma famille avait connu l'école résidentielle où il y a eu tant de mauvais traitements. C'est la raison pour laquelle les membres de ma famille boivent, à cause de la douleur et de la négation des faits qui ont perturbé leur vie. Beaucoup disent qu'ils n'ont jamais été agressés sexuellement, quelle chance! Mais je ne pense pas que cela ait vraiment touché notre famille. C'est juste le lien qui les unissait tous qui a été rompu et le fait de ne pouvoir traiter les frères et les sœurs comme des frères et des soeurs. Maintenant qu'ils ont grandi, il ne faut pas s'attendre à ce qu'ils sachent comment faire; ils ont perdu cette capacité y a longtemps. [*Traduction*]

Les répondantes et les répondants ont parlé des nombreuses personnes qui ont fréquenté l'école résidentielle et des autres qui ont vécu divers problèmes directement reliés à leur toxicomanie :

> Nous avons présenté sept jours d'ateliers et deux spectacles dans deux communautés qui avaient pour thème la reconquête de notre esprit avec David Diamond. En fait, c'était des petites saynètes au sujet des agressions sexuelles. Nous avons beaucoup travaillé sur nous-mêmes par rapport aux questions de confiance. Bien des gens ont décroché au cours des deux premiers jours quand ils ont compris qu'il était question d'agressions sexuelles... Je trouve vraiment étonnant que nos travailleuses aient de très sérieux problèmes de confiance. Nous avons dû faire face à nos problèmes avant de pouvoir devenir des aidants, mais beaucoup de ce travail n'a pas encore été fait.
>
> Les femmes enceintes — elles doivent composer avec beaucoup de problèmes personnels en plus de la toxicomanie, les questions relatives à l'enfance, les agressions sexuelles, la violence familiale. Elles doivent partager beaucoup de leur douleur personnelle et faire de l'introspection de façon à pouvoir être de meilleures mères pour l'enfant qu'elles portent. [*Traduction*]

Certains répondants et répondantes doivent aussi s'occuper de clientes souffrant du SAE ou de l'EAF et concevoir des programmes qui correspondent à leurs modes d'apprentissage :

> Je vois bien des gens ici qui viennent et qui souffrent du SAF. Ces personnes ont besoin de programmes spéciaux; nous les aidons autant que nous le pouvons.
>
> Vous devez leur faire comprendre en peu de temps fin de ne pas perdre leur l'intérêt. Et vous devez rendre le tout amusant. Alors vous devez vous servir de votre esprit créateur pour bien transmettre le message. Vous devez trouver des moyens pour les amener à vous donner des réponses. Vous devez faire en sorte que ce soit amusant. Je n'ai jamais été très forte sur les récompenses. Il suffit de leur faire savoir qu'elles sont spéciales, qu'on les aime, qu'elles ont les bonnes réponses pour qu'elles se sentent mieux. C'est quelque chose que certaines d'entre elles n'ont pas l'habitude d'entendre. C'est ce qui fait le plus mal.

Questions préoccupantes

Toutes ces initiatives s'inscrivent dans la transition du contrôle gouvernemental vers l'autonomie gouvernementale et permettent d'aborder la question des femmes enceintes toxicomanes. Il est trop tôt pour évaluer leur efficacité à faire progresser ces deux processus. Bien que les chercheuses fassent partie de la communauté, elles n'y vivent pas. Leur évaluation n'est pas aussi exhaustive et aussi riche que celle des résidantes et des résidants des communautés Gitxsan. Cependant, en interrogeant des résidantes et des résidants de la communauté, elles ont recueilli leurs commentaires sur certaines questions particulières qui ont besoin d'attention. Elles avaient aussi des questions. Bien que ces commentaires et ces questions puissent refléter leur manque de connaissances, ils peuvent aussi inciter les gens qui demeurent dans la communauté à prendre de nouvelles mesures.

Contribution des femmes et des jeunes à l'ensemble des politiques et des décisions qui touchent leur vie quotidienne

Les femmes occupent une place puissante et vénérée dans la culture Gitxsan. Comme toutes les initiatives susmentionnées traitent, directement ou indirectement, de la question des femmes enceintes et de la consommation d'intoxicants, et que toutes les initiatives font nécessairement l'objet d'un processus d'élaboration des politiques à l'échelle locale, il faut se poser la question plus générale que voici : comment les femmes enceintes toxicomanes participent-elles à l'élaboration de ces politiques? Comment les travailleurs de la première ligne, qui sont pour la plupart des femmes, et les personnes de la base, participent-ils à l'élaboration de ces politiques qui vont façonner leur quotidien?

Il ne faut pas oublier que nous avons une population jeune, qui a besoin de l'aide des adultes pour se préparer à assumer éventuellement un rôle de leadership dans la communauté. La façon traditionnelle de transmettre la culture s'est effritée et il faut la rebâtir. Par exemple, les jeunes hommes n'hésitent pas à fuir leurs responsabilités par rapport à un enfant né hors des liens du mariage. Ce comportement n'est pas du tout conforme à celui de la tradition qu'on appelle *wil ksa lex*. Il y a des travailleuses et des travailleurs auprès des jeunes et des groupes de jeunes dans la communauté qui essaient de répondre aux besoins des jeunes. S'agit-il d'un travail ponctuel, ou est-ce que cela s'inscrit dans une stratégie communautaire? Est-ce que la nation Gitxsan a une stratégie d'habilitation des jeunes? Faut-il faire des recherches pour déterminer pourquoi des enfants font usage de substances intoxicantes. L'une des raisons réside peut-être dans le fait qu'il n'y a rien dans la communauté pour les enfants. Les familles vivent dans la pauvreté ou ont des ressources très limitées. Il faut de l'argent pour organiser des activités saines pour les enfants et les pré-adolescentes et pré-adolescents. Et le transport constitue un problème. Les communautés sont trop étendues. Il y a plusieurs familles monoparentales. Dans quelle mesure les jeunes participent-ils aux décisions qui les touchent? Est-ce qu'ils influent sur la planification, sur l'élaboration des politiques et sur le genre de ressources et de programmes qui leur sont offerts?

Renouveler la culture et réformer les structures

Les auteures ont été incapables de déterminer s'il y avait un lien entre le système du conseil de bande et celui des chefs héréditaires. On estime, de façon générale, qu'il n'y a pas de contact officiel entre ces deux systèmes de gouvernement.

À l'heure actuelle, les structures de gouvernance traditionnelles se mêlent inextricablement aux structures mises sur pied par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial. Souvent, la communauté Gitxsan essaie d'utiliser ces modèles de gouvernance pour réaliser ses principales aspirations dans le contexte de la culture, des institutions, des croyances et des valeurs Gitxsan — mais cela est impossible. Les philosophies qui sous-tendent les systèmes culturels, les pratiques et les lois Gitxsan ne peuvent être comprimées dans ces structures et s'exprimer dans toute leur force. Par exemple, l'initiative juridique des Premières nations a été créée en vertu de la politique de déjudiciarisation du procureur général. Cette initiative tente d'utiliser le système traditionnel pour rétablir l'équilibre et l'harmonie entre la victime et le contrevenant. Mais, dans la vision du monde Gitxsan, cela va plus loin que ce qui est reconnu par la politique de déjudiciarisation.

Il faut souvent des ressources pour que ces méthodes soient efficaces, mais il n'y en a pas. En outre, toutes les victimes Gitxsan n'appuient pas cette méthode traditionnelle. Elles se sentent davantage victimisées par le processus. Les mêmes problèmes surgissent dans le contexte des initiatives d'aide à l'enfance où est reconnu le système de la famille élargie et le rôle des chefs traditionnels. Et puis, dans le contexte de la santé, le même problème se pose pour les initiatives de transfert des programmes de santé. Les initiatives servent de liens avec les systèmes traditionnels mais, sans modèles de gouvernance inclusifs et dotés de suffisamment de ressources, les structures créées pour accomplir de nombreuses tâches ne seront pas aussi efficaces qu'elles auraient pu l'être. La question dépasse la portée de la présente étude, mais demeure importante, les participantes et les participants estimant que la culture, les croyances et les valeurs qui sous-tendent les lois et les institutions traditionnelles constituent une méthode de rechange pour faire face aux nombreux problèmes sociaux de la communauté, y compris la toxicomanie durant la grossesse.

La notion de deux visions du monde évoque l'image de communautés parallèles qui coexistent et de deux visions distinctes du monde. À ce moment de l'histoire du Canada et des Premières nations, il n'y a aucune nouvelle structure conçue pour rapprocher ces deux visions distinctes du monde dans un rapport juridique qui reconnaît les structures différentes. Même le traité Nisga'a est caractérisé comme un modèle municipal de gouvernance. Il faut faire appel aux esprits créateurs juridiques pour qu'ils proposent quelque chose de différent.

D'après les participantes et les participants, il a tellement de conditions reliées à n'importe quelle activité de programme que le personnel était limité dans ce qu'il pouvait faire avec bien des programmes. Les critères restrictifs créent des obstacles à la résolution des problèmes dans un contexte culturel. Les participantes et les participants ont exprimé beaucoup de frustration et de sentiments d'impuissance étant donné l'ampleur du travail à faire simplement pour stabiliser la communauté et protéger les enfants. Dans la culture Gitxsan, il faut d'abord rendre des comptes à la famille et à la Maison. Les travailleuses et les travailleurs de première ligne essaient de le faire dans le contexte de leurs programmes. Cependant, ces personnes doivent rendre des comptes à leur employeur et au gouvernement, car il s'agit de fonds publics. Il est absolument nécessaire d'avoir accès aux ressources pour faire le travail à partir de la richesse du territoire. Cette richesse doit être partagée avec les citoyennes et les citoyens qui demeurent dans des centres urbains. Le droit à la citoyenneté est attribué à l'individu et il n'est pas fonction de la résidence.

Les gouvernements doivent créer des programmes et des politiques suffisamment souples pour intégrer les visions et les approches de la communauté sans compromettre son intégrité. Y a-t-il des mécanismes pour empêcher les politiques fédérales et provinciales de diriger la vision et le travail du peuple Gitxsan?

Discuter des questions et gérer les conflits

On a dit à quel point il était difficile de parler de plusieurs des problèmes auxquels la communauté est confrontée, même si tout le monde en connaissait l'existence et si beaucoup s'inquiétaient de leurs répercussions. L'accès facile à la cocaïne et ses effets, la violence à l'égard de la femme durant la grossesse, la malnutrition, la violence et la négligence à l'égard des enfants sont des questions

préoccupantes qui ne sont pas discutées ouvertement. La question de la toxicomanie pendant la grossesse n'a pas été abordée ouvertement non plus. Lorsqu'on en parle, c'est dans le contexte des lésions causées à l'enfant et à son avenir ainsi hypothéqué. En s'attachant uniquement à l'enfant et non à la femme, ses problèmes ne sont pas réglés et elle continuera d'avoir des bébés tout en continuant de consommer des intoxicants.

Il y a bien des raisons pour lesquelles il est difficile de parler de ces choses. Les gens ont des idées stéréotypées au sujet des communautés des Premières nations et l'expression de ces vues pourrait appuyer les stéréotypes et rendre tout progrès encore plus difficile. Souvent les expériences ont laissé des marques profondes sur l'estime de soi des gens, à tel point qu'il est difficile pour eux d'en parler et d'amener les autres à en parler. Comme l'a dit une travailleuse au sujet du travail sur une base multiculturelle :

> Tous ces secteurs participent mais il est difficile d'amener les gens de la région à se réunir et à commencer à en parler. Il faut cependant y intégrer le reste, parce que la question de la confiance est importante lorsque vous travaillez avec des non-Autochtones. Les gens ne s'estiment guère et ne sont pas satisfaits de leur situation de sorte qu'ils ne tiennent pas à travailler avec le Ministère, car ils ne se sentent pas dignes. [*Traduction*]

Beaucoup de ces problèmes concernent directement les gens, même les leaders de la communauté. Les reconnaître peut compromettre leur propre poste dans la communauté et même leur pouvoir. L'importance des revendications territoriales et de l'autonomie gouvernementale, qui sont essentielles pour bien des réformes, semble si grande que parfois les chefs pensent que les autres problèmes peuvent attendre.

Ces questions peuvent être abordées dans le contexte des écoles résidentielles et des politiques d'appréhension des enfants. Il est maintenant reconnu que les abus sexuels infligés aux enfants dans les écoles résidentielles, dans les foyers nourriciers et adoptifs, dans les familles et les communautés sont la cause de traumatismes chez l'enfant et l'une des causes sous-jacentes de la faible estime de soi et de la consommation de substances intoxicantes chez les jeunes et les adultes. Dans de nombreux cas, ces abus sont des événements déterminants dans la vie de ces gens. Beaucoup de travail est fait pour favoriser la guérison des victimes des écoles résidentielles. Il faut consacrer autant d'efforts à l'échelle communautaire pour venir à bout des répercussions de ces abus dans la vie quotidienne des gens. Des ateliers sont présentés à la communauté, mais beaucoup de gens n'y assistant pas pour diverses raisons qu'eux seuls connaissent. Il faut envisager d'autres approches.

Une autre façon de commencer à parler de ces questions consiste à regarder au-delà de la communauté et de l'histoire de ce peuple pour voir comment d'autres composent avec le colonialisme. Il pourrait être utile de procéder à des recherches internationales. Les fonctionnaires d'un gouvernement africain s'intéressent aux concepts de guérison des Premières nations dans le cadre de leurs propres travaux. En tant que survivants du colonialisme nous pouvons nous tourner vers eux pour un échange d'idées. Peut-être que les groupes de travail des Nations Unies ont entrepris certains travaux qui pourraient être utiles.

Bien que les conflits soient un élément nécessaire et prévisible de la vie de la communauté, les circonstances actuelles pourraient donner lieu à beaucoup de conflits dans les communautés des Premières nations. Les gouvernements essaient inévitablement d'établir leur programme et les membres de la communauté doivent résister tout en y consentant dans une certaine mesure. Certains croiront que le leadership est trop laxiste auprès du gouvernement, d'autres trop sévère. Comment certains conflits peuvent-ils être analysés et compris comme étant le résultat naturel des forces conflictuelles qui sont à l'oeuvre à l'extérieur de la communauté et qui sont exprimées dans la communauté?

Le processus de la colonisation a éliminé plusieurs traditions, y compris celles qui permettaient de régler des conflits ou d'éventuels conflits. L'une de ces traditions était « am ni goo wat koo » (l'orthographe est incertaine). Cette tradition prévoyait l'établissement de liens pacifiques avec les communautés avoisinantes. Si une femme épousait un homme d'une autre communauté, il avait droit de pêche et de chasse sur les terres de la femme tant qu'il vivait, après quoi les droits étaient éteints. Il y avait aussi d'autres traditions qui portaient sur la terre et les communautés avoisinantes pour éviter les conflits. Ces lois et ces traditions ont été perdues en même temps que le potlatch et il faut les ramener dans cadre du rétablissement des structures traditionnelles.

Les participantes et les participants ont exprimé un sentiment de frustration devant bien des choses, en particulier le fait que la communauté ne semble pas prête à assumer les responsabilités qui lui incombent. De l'autre côté de la médaille, on a aussi indiqué que si on n'essaie pas, on n'apprendra jamais. Il faut une certaine tolérance face aux difficultés de croissance.

Le leadership en période de changement

En raison des nombreux enjeux auxquels le peuple Gitxsan est confronté alors qu'il tente d'adopter des façons de vivre et de travailler plus traditionnelles, le rôle des chefs héréditaires doit être rétabli, voire redéfini. Les membres de la Maison sont dispersés et bien des membres du peuple Gitxsan ne savent pas à quel groupe ils appartiennent. Les liens culturels de nombreuses personnes sont rompus depuis si longtemps qu'elles ne reconnaissent plus la légitimité du système traditionnel. Elles croient que les façons traditionnelles de faire ont disparu, mais il n'en est rien. Il y a beaucoup à faire pour redéfinir qui sont les Gitxsan dans le contexte des années 1990.

Tous les leaders peuvent s'unir pour dénoncer la tolérance de l'ensemble de la communauté face à l'intoxication. Si des femmes Gitxsan enceintes consomment des intoxicants, les leaders traditionnels y compris les chefs héréditaires et les aînés, pourraient prendre l'initiative et faire quelque chose pour les femmes de leur communauté qui ne connaissent peut-être pas les conséquences de leur comportement ou qui peuvent avoir accès à de l'aide. Les gens voient les femmes enceintes en train de boire ou de se droguer, mais ils ont tendance à ne rien dire. Les leaders traditionnels peuvent assumer leur rôle d'enseignants et de défenseurs. Il faut que tous les leaders contestent le degré élevé de tolérance aux drogues et à l'alcool dans la communauté. L'usage excessif de l'alcool et de la drogue est accepté comme norme aux activités sociales et sportives. Dans ce contexte, la communauté ne contribue pas à prévenir les rechutes. Les résidantes et les résidants se font traiter et retrouvent, au retour, le même milieu social.

Pour que la culture offre une approche de rechange, il faut que les leaders traditionnels soient bien renseignés sur les problèmes liés à la toxicomanie. Ils sont, pour le moment, incapables de canaliser les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des membres de leur Maison. Aux termes des nouvelles ententes bilatérales avec la Colombie-Britannique, il sera peut-être possible de remédier à ce problème et de négocier une approche globale à certains problèmes qui assaillent la communauté. Les participantes et les participants Gitxsan avaient une foule de bonnes idées à formuler sur la façon d'aider les femmes. Ce qu'il faut maintenant, c'est que les leaders discutent de ces idées et dressent un plan stratégique.

Les participantes et les participants craignaient, en raison de l'attention accordée à la situation dans son ensemble (les négociations avec le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral), que les leaders perdent le peuple de vue. Les femmes jouent un rôle prépondérant pour les questions sociales, mais elles ne sont pas bien représentées dans les négociations avec le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral et il y a une séparation entre la planification générale et la planification sociale.

Le leadership évolue dans le contexte des conseils de bande, en ce sens qu'il y a plus de femmes au sein des conseils que ce n'était le cas précédemment. Ce changement a des répercussions positives. Les femmes ont davantage voix aux grandes décisions qui touchent leur communauté et elles sont de bons modèles à imiter pour les membres de la communauté. Les participantes et les participants de la base ont insisté sur l'importance d'avoir de bons modèles à imiter dans le gouvernement local, en particulier en ce qui a trait à la toxicomanie.

La dynamique de la politique de bande constitue depuis longtemps une préoccupation pour bien des communautés des réserves. La politique de la bande crée parfois des divisions, de sorte que certaines familles ont des ressources et d'autres pas. Les familles et les individus marginalisés sont souvent laissés pour compte chemin faisant. Une participante a dit que, lorsqu'une affaire importante est présentée au conseil, elle n'est pas prise au sérieux à moins que ceux qui la présentent aient accès à des ressources autres que celles du conseil de bande. En raison de cette attitude, les membres de la communauté qui présentent leurs préoccupations laissent tomber ou s'en chargent eux-mêmes sur une petite échelle. Plusieurs des tensions créées par la politique de la bande sont le résultat du système de bande lui-même, c'est-à-dire l'absence de liens avec la façon traditionnelle de gouverner, les valeurs du patriarcat et la division des classes qui proviennent de la société européenne et qui ont été adoptées au fil du temps par les Premières nations. Parce que ces attitudes existent, il est nécessaire de mettre en place des contrôles dans le système de gouvernement traditionnel et dans celui des bandes.

Sur une note positive, une participante a dit qu'un règlement interne avait été adopté pour mettre fin à la vente illégale d'alcool et de drogues dans les réserves. Cela fait comprendre à la communauté qu'elle est importante pour les leaders qui désirent la protéger et qu'ils ne toléreront plus cette norme de comportement dans leur communauté. Une autre participante a parlé de la politique de location de la salle dans une communauté voisine Wet'suwet'en. Si la salle est louée à une organisation qui parraine une activité reliée à la santé, elle jouit d'un tarif spécial de location. Ces initiatives reflètent, par l'entremise des leaders, l'évolution des valeurs et des croyances de la communauté.

Édifier les ressources

Il ne fait aucun doute qu'une plus grande mise en valeur des ressources humaines est requise compte tenu des divers rôles que les gens doivent jouer dans la communauté, des nouveaux apprentissages rendus nécessaires par le processus de transition et des différents problèmes pressants et immédiats auxquels la communauté se trouve confrontée. Certains membres du personnel ne sont pas formés alors que d'autre sont formés selon la « façon de faire du gouvernement », que d'autres résistent à la formation et que d'autres encore possèdent une grande expertise qui n'est pas véritablement utilisée. Plusieurs membres du personnel ont aussi besoin de guérison et il est difficile de trouver des occasions à cette fin en raison de toutes leurs autres responsabilités. Il est difficile d'obtenir de l'aide pour ces tâches dans la communauté non autochtone étant donné le manque de confiance et la nécessité d'établir de nouveaux systèmes liés aux façons traditionnelles de penser et de travailler. Beaucoup d'énergie est perdue à se familiariser avec les nouveaux programmes et politiques du gouvernement, pour se tenir au courant des dernières priorités en matière de financement et du personnel de l'extérieur de la communauté, tout en composant avec la dynamique de la politique des bandes dans la communauté.

Les participantes et les participants ont fermement dénoncé le caractère inadéquat des fonds consacrés au développement social. Les auteures ont été outrées d'apprendre quelles étaient les sommes minimes consacrées aux méthodes traditionnelles et à la prévention — activités qui ne sont pas encouragées par la politique actuelle du gouvernement. Inutile de dire aux gens des Premières nations de prendre la relève de leurs propres services et de les concevoir à leur gré si les fonds prévus sont insuffisants et s'ils sont déjà affectés à des méthodes non traditionnelles.

Les prochaines étapes

Les répondantes et les répondants avaient bien des idées sur les changements à apporter. Il s'agit d'une occasion importante pour reformuler les services sociaux et de santé. Comme il est mentionné au début du présent chapitre, une entente bilatérale prochaine entre la province et les chefs héréditaires prévoira un financement global pour les services de santé et sociaux et fournira l'occasion de développer des idées conformes à la vision des Premières nations sur ces questions. Des méthodes holistiques, qui transcendent les catégories habituelles de services et qui sont fondées sur la culture et les traditions, pourraient être introduites.

Elles demeurent les opinions des répondantes et des répondants au sujet du traitement obligatoire des femmes enceintes toxicomanes. Bien que cette question ait été soulevée par les auteures au cours des entrevues et des discussions en groupes, il n'y a pas de consensus à ce sujet. Certaines personnes disent que c'est une bonne idée, d'autres se montrent d'abord favorables et changent d'idée après y avoir songé, et d'autres encore s'y opposent. Plusieurs répondantes et répondants n'avaient jamais même envisagé cette solution. Cela leur semblait être une idée lointaine, sans aucun lien avec leur réalité. Compte tenu de ce que nous avons appris au sujet des efforts communautaires, il semble que le traitement obligatoire soit simplement voué à l'échec. Il se peut, dans la tradition et la culture, que les personnes qui se font du tort ou qui en font à d'autres soient retirées de la communauté ou confinées dans la Maison du clan, mais il est essentiel de se demander comment cela se fait dans le

contexte d'une communauté compatissante et avec le soutien et le pardon des autres. Ce genre d'action doit provenir des membres de la communauté eux-mêmes et ne pas être imposé comme politique gouvernementale. Le chapitre 5 présente certaines des idées formulées dans les groupes de discussion.

Plutôt que de formuler beaucoup de recommandations qui auraient pu sembler un fardeau pour la communauté, les auteures ont décidé de présenter quelques idées qui ont été proposées par les répondantes et les répondants, qui misent sur des initiatives positives dans la communauté, et qui abordent d'une façon holistique la question des femmes qui prennent de l'alcool ou de la drogue durant leur grossesse.

Un centre de développement culturel

Les répondantes et les répondants estiment qu'un renouveau culturel est absolument essentiel, car il s'agit du point de départ de tous les changements qui se produisent dans la communauté et la clé de l'avenir. Et pourtant, bien que de nombreux groupes appuient ce renouvellement, cette mission n'a pas été confiée à un groupe en particulier. Étant donné la perte des traditions attribuable aux lois et pratiques de la communauté non autochtone, il est essentiel que le gouvernement appuie son rétablissement. Des fonds sont nécessaires pour assurer le renouvellement culturel du peuple Gitxsan. Il pourrait, comme cela a été fait pour d'autres nations, ériger un centre de guérison dans la communauté, de façon à symboliser la culture et la place essentielle qu'elle joue dans la communauté. Ici, les chefs traditionnels et les Maisons de clan pourraient commencer à offrir soutien et guérison. Comme l'a dit quelqu'un :

> [...] un bâtiment contrôlé par le peuple lui-même, sans avoir à respecter les normes d'autres peuples, seulement celles des Premières nations. Il serait peut-être plus facile pour nous de dire à une jeune mère de passer par les membres de la famille ou le système de la Maison pour dire qu'elle est enceinte et qu'elle a besoin d'aide. [*Traduction*]

Une place pour les femmes

Dans les entrevues, un appel a été lancé pour que les femmes retrouvent leur place dans la société Gitxsan. Elles ont entrepris bien des activités à cette fin. Nous avons entendu parler de l'urgence de rejoindre les femmes qui consomment de la drogue ou de l'alcool durant leur grossesse. Il faut que les femmes aient une place pour parler de leurs expériences en matière de leadership et préparer les réponses de la communauté aux problèmes qui touchent les femmes et les enfants afin qu'ils fassent partie du programme.

Les femmes de la communauté ont reconnu ce besoin et ont formé un centre appelé Wilps Na'ah, qui est dirigé par une société et financé par le ministère de l'Égalité des femmes. Ici, des femmes des Premières nations et d'autres femmes qui n'en sont pas se sont réunies dans un but perfectionnement afin :

- d'honorer et de reconnaître les femmes du passé qui ont pavé la voie;
- d'appuyer et de favoriser l'amélioration et le bien-être des femmes de Upper Skeena;

- de travailler à la création d'un milieu sain, auto-guérisseur et créateur pour les générations à venir.

Nombre des femmes se réjouissaient de participer à cette recherche et souhaitaient qu'elle soit utile. C'est un commencement, mais il faudrait que ce soit suivi par des recherches et des mesures communautaires. Comme les questions de la grossesse et de la toxicomanie touchent les femmes, les auteures offrent aux femmes de Wilps Na'ah toute aide qui peut leur être utile. Un projet de recherche-action avec participation du centre, défini et réalisé par les femmes de la communauté, et axé sur les femmes qui se droguent ou qui consomment de l'alcool durant la grossesse, pourrait miser sur les efforts individuels des femmes et favoriser le changement.

Des organismes de financement devraient octroyer des fonds à la présente recherche et à d'autres travaux entrepris par des femmes autochtones *sur une base prioritaire et en utilisant des critères différents des autres projets*. Il n'est simplement pas possible ni souhaitable d'espérer que les femmes autochtones rédigent des propositions complexes de financement qui ne correspondraient pas à leur réalité ni à leurs façons de penser. Il serait de beaucoup préférable que le groupe ait une vision claire de ce qu'il veut réaliser, de la manière dont il s'y prendra pour mener à bien le projet proposé et comment il y fera participer d'autres personnes si une expertise additionnelle est nécessaire.

Un rassemblement traditionnel : un groupe de réflexion Gitxsan

La communauté subit des changements très importants à différents niveaux. Des groupes précis ont été formés à des fins particulières. Les années de lutte ont laissé leur marque et il est parfois difficile d'oublier les conflits qui existent dans la communauté. Les auteures proposent un rassemblement de toutes les personnes de la communauté qui souhaitent adopter une vision commune pour la prochaine décennie et au-delà, qui transcende les structures politiques, les communautés et le système de services. Ce rassemblement pourrait amorcer un processus qui permettra de faire connaître les efforts d'un groupe et à d'autres de faire fond sur ces efforts. Il faut ménager les ressources humaines et travailler ensemble. Il serait bon que tous les peuples Gitxsan soient au courant de ce rassemblement, non pas seulement les personnes qui vivent dans la réserve, mais aussi celles qui sont séparées par l'éloignement. Ces personnes sont aussi des membres du peuple Gitxsan et peuvent participer aux changements.

Conclusion

La présente étude de cas devait répondre à trois questions : comment le peuple Gitxsan réagit-il face au problème des femmes enceintes qui consomment de la drogue ou de l'alcool; que pense-t-on des efforts faits actuellement; que pense-t-il du traitement obligatoire? Les auteures ont déterminé qu'il était impossible de répondre à ces questions sans analyser l'histoire et ses répercussions sur les communautés et sans décrire les nombreux problèmes politiques et sociaux auxquels est confrontée la communauté dans son ensemble. Les défis que doivent relever les peuples des Premières nations sont souvent incompris, car ils ne sont pas placés dans un contexte historique et holistique. C'est ainsi qu'on perpétue les préjugés et les stigmates. La toxicomanie et l'alcoolisme pendant la grossesse sont considérés par les répondantes et les répondants comme un problème de la plus haute importance, mais un problème qui est relié à plusieurs autres problèmes. Il doit y avoir différentes

réponses à différents niveaux pour le régler. Une autre constatation claire et manifeste : le peuple Gitxsan a commencé à lutter pour reprendre ses communautés en main. Comme bien d'autres peuples non autochtones s'en sont rendus compte, le peuple Gitxsan estime que les problèmes individuels tels que celui-ci ne peuvent être réglés sans une réponse de l'ensemble de la communauté. Parallèlement, les individus ont le pouvoir de se changer eux-mêmes ainsi que leur communauté.

Le peuple Gitxsan se sert des ressources du traitement pour l'alcool et la drogue, des services de santé et d'aide à l'enfance pour régler les problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme. Il essaie de changer ces services de façon qu'ils reflètent les façons traditionnelles de traiter avec les individus et la communauté. Ce n'est pas facile en raison des exigences des organismes non autochtones de financement, principalement ceux du gouvernement. Même si ces besoins encouragent les peuples des Premières nations à prendre la relève de leurs propres services, les cadres qui régissent ces services sont encore conçus par des peuples non autochtones. Le défi est de taille. Tout en tentant de prendre en charge ses services, le peuple Gitxsan se retrouve face à des besoins immédiats considérables dans la communauté, en plus de rétablir sa culture qui a été spoliée par la colonisation. De plus, il n'y a pas assez de gens ayant reçu de la formation et accessibles pour occuper les nombreux postes de commande nécessaires pour faire face à tous ces problèmes. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que les répondantes et les répondants soient très fiers de leurs efforts et de leurs succès et, ce faisant, indiquent clairement que des ressources, y compris des ressources humaines et des fonds suffisants, sont essentiels pour que de tels succès continuent. L'autre importante constatation, c'est que des femmes, de leur propre chef et avec leurs maigres ressources, essaient de changer les choses pour les femmes enceintes et toutes les femmes des communautés des Premières nations. Ces efforts doivent être soutenus, car ils représentent une force pour la communauté.

Le gouvernement a un rôle à jouer pour aider à restaurer ce qu'il a grandement contribué à endommager. Il faut que les citoyennes et les citoyens canadiens comprennent qu'ils ont aussi un rôle à jouer dans cette opération de restauration. Leurs attitudes peuvent soit aider les peuples, soit maintenir l'oppression. La société en paiera le prix sous forme des problèmes sociaux que ces attitudes contribuent à créer.

CHAPITRE 6 : RÉPONSES À LA TOXICOMANIE DURANT LA GROSSESSE : SOLUTIONS DE RECHANGE ET RECOMMANDATIONS

par Deborah Rutman, Barbara Field, Audrey Lundquist,
Marilyn Callahan et Suzanne Jackson

Introduction

Dans ce chapitre, les auteures présentent des orientations à adopter pour les politiques et les pratiques d'après les opinions exprimées par les femmes toxicomanes, les professionnelles et professionnels des services sociaux qui travaillent auprès elles, les femmes autochtones et les membres de la collectivité. Les auteures appuient ces approches et estiment qu'il est essentiel de faire entendre ces voix qui sont trop souvent muettes. Elles désirent aussi attirer une attention particulière sur ces politiques de rechange puisque, à leur avis, elles ne reproduisent pas les dichotomies familières du discours politique actuel.

Dans la deuxième section de ce chapitre, les auteures examinent les politiques de rechange relevées à la suite de l'analyse de la décision de la Cour suprême et des reportages a mis au jour et y répliquent. Elles abordent aussi les répercussions et les résultats éventuels de ces diverses solutions.

En conclusion, les auteures présentent une série de recommandations à l'intention du gouvernement et de Condition féminine Canada. Elles font valoir que ces recommandations sont fondées sur l'expérience des gens directement touchés par ces questions, ce qui contribuera à assurer la pertinence et le succès des orientations proposées.

Partie I

Orientations proposées par les femmes qui consomment des substances intoxicantes, les praticiennes et les praticiens des services sociaux et les femmes autochtones

Nouvelles idées et attitudes

Les personnes qui ont participé au projet considèrent que le fondement philosophique des politiques et des pratiques est un important point de départ pour identifier et concevoir les interventions sur le plan des politiques et des pratiques. Les femmes qui consomment des substances intoxicantes, les femmes autochtones et les professionnelles et professionnels des services sociaux ont parlé clairement et de façon ferme de la nécessité d'un virage fondamental des idéologies et des attitudes sociales au sujet des femmes (enceintes) qui consomment des substances intoxicantes. Ce message est repris dans les derniers ouvrages sur les politiques et les pratiques.

Qui plus est, il faut que les idéologies et les attitudes rompent avec la définition dichotomique du « problème » et de la « solution » pour adopter une conceptualisation plus holistique et humanitaire. Ce cadre dichotomique — qui oppose la femme au foetus, qui mène à une formule d'abstinence totale, à prendre ou à laisser, pour le traitement et le rétablissement, qui enchâsse des directives centrées sur l'enfant dans le système d'aide à l'enfance — a eu une puissante influence sur les

politiques et les programmes actuels et sur le discours des tribunaux et des médias. Cependant, comme il a été démontré, les politiques et les programmes fondés sur une pensée dichotomique ont eu des effets délétères sur les femmes et, partant, sur leur foetus.

Du principe de l'abstinence à une philosophie de réduction des méfaits

Une approche de réduction des méfaits utilisée auprès de femmes enceintes toxicomanes est un exemple de cadre non dichotomique. Plusieurs participantes et participants ont parlé de l'importance d'adopter une philosophie de réduction des méfaits et de ses conséquences positives dans la pratique. Comme l'a dit l'un des praticiens :

> Je crois que la différence c'est qu'au départ les attentes étaient moins rigides. La travailleuse n'a jamais dit à la future mère : fais ceci, fais cela, mais plutôt : « Je m'inquiète pour vous, vous allez avoir un autre bébé alors que vous avez de la difficulté à prendre soin du premier, que pouvons-nous faire? » Ce n'était pas lui imposer un fardeau qui l'obligeait à s'engager pour la vie. [*Traduction*]

Le ministère de la Protection de l'enfance – un allié plutôt qu'un adversaire

Un autre virage idéologique qui reflète une présentation non dichotomique des problèmes a trait à la place des praticiennes et des praticiens de la protection de l'enfance dans le traitement des femmes enceintes toxicomanes. Les travailleuses et les travailleurs de l'aide à l'enfance doivent faire partie d'une équipe de soutien qui rejoint les femmes enceintes. Il est clair, toutefois, que la présence à elle seule des travailleuses et des travailleurs de l'aide à l'enfance au sein de l'équipe ne suffit pas. Ils doivent travailler à partir du même principe de base de réduction des méfaits axé sur la femme et connaître aussi bien la question de la dépendance des femmes que leurs collègues. De plus, il doit être évident que le but visé par la participation de praticiennes et de praticiens de l'aide à l'enfance au traitement des femmes est d'accroître le sentiment de pouvoir et de contrôle des femmes sur la situation et non l'inverse :

> S'il faut de toute façon qu'elle participe, faisons en sorte que la travailleuse sociale, soit partie au processus dès le départ. Apprendre à connaître cette personne. Aider la femme à ne plus craindre la travailleuse sociale et ne pas se sentir impuissante. Être capable de lui dire : « Tu travailles pour le gouvernement, je vais avoir besoin de ton aide. » C'est une situation très délicate, mais c'est ce qu'il faut pour qu'elle puisse changer les choses. Pour qu'elle ne soit pas la victime du gouvernement, il faut qu'en fait elle puisse lui dire qu'elle veut garder le bébé et ce qu'elle attend d'eux sous forme d'aide. [*Traduction*]

Ne plus considérer la prise en charge de l'enfant comme un échec de la famille mais comme un échec du système et de la société

Un autre virage idéologique qui refléterait une vision non dichotomique est manifeste dans les valeurs qui sous-tendent la politique d'aide à l'enfance écossaise : en Écosse, la prise en charge d'un enfant par l'État est considérée comme un échec du système d'aide à l'enfance plutôt qu'un échec du parent ou de la famille. Ce principe de base signifie que l'État doit tenter de soutenir les parents de toutes les façons possibles, et implicitement, que de l'aide aux parents est la meilleure façon de

soutenir l'enfant. Ainsi, les intérêts des parents et de l'enfant sont reliés et ne sont pas en opposition. Ce principe a aussi comme conséquence importante que pour soutenir l'enfant, l'État doit soutenir le parent ou la mère.

Les participantes et les participants croient fermement que l'adoption du modèle écossais d'aide à l'enfance aurait des conséquences positives pour la femme toxicomane et son enfant. Parallèlement, un tel virage idéologique serait spectaculaire en raison des tendances actuelles dans la politique canadienne d'aide à l'enfance :

> En Écosse, le retrait de l'enfant d'une famille est considéré comme un échec pour le système. L'adoption de cette philosophie constituera un virage qualitatif par rapport à notre pratique actuelle. Et comment y arriverions-nous quand nous avons fait tout notre possible pour appuyer ou soutenir la mère et l'enfant. S'il faut les séparer, il faut aussi examiner la situation d'un oeil critique pour déterminer où nous avons échoué et ce qui aurait pu être fait. Tout en sachant évidemment que parfois il faudra en arriver là, mais en dernier ressort, plutôt que comme première mesure à prendre par crainte. [*Traduction*]

Sensibilisation et éducation communautaires

Comme nous l'avons mentionné dans notre étude de cas (chapitre 5), la sensibilisation et l'éducation communautaires ont été considérées comme des stratégies clés pour la prévention. Les participantes et les participants estiment que les enfants et les jeunes doivent être renseignés sur les effets de la toxicomanie chez la mère (SAF et EAF) de même qu'au sujet de la santé génésique et de la régulation des naissances. Les participantes et les participants ont aussi insisté sur l'importance de discuter ouvertement des *causes* de la consommation de substances intoxicantes (chez la mère), particulièrement dans un contexte autochtone. Il est à espérer qu'une discussion communautaire ouverte favorisera la déstigmatisation des personnes qui ont des problèmes de dépendance et mènera à une action et un soutien communautaires pour les des femmes qui consomment des substances intoxicantes :

> La meilleure méthode consiste à éduquer nos jeunes, dès le début, au sujet des effets à long terme du syndrome d'alcoolisme foetal. Nous devons songer à la septième génération. Chacun de nous suit son cycle personnel; nous sommes au début de la chaîne d'intervention.
>
> Je dis à nos jeunes de ne pas considérer ces gens comme des ivrognes. Asseyez-vous et parlez avec eux de temps à autres. Ils vous raconteront ce qu'ils ont vécu. [*Traduction*]

Traitements efficaces – ce qui fonctionne du point de vue des femmes

Un traitement efficace élimine les obstacles à l'accès aux soins pour les femmes. Ces obstacles sont, comme l'ont indiqué les femmes elles-mêmes :

- la crainte de l'appréhension du bébé par les responsables de la protection de l'enfance;

- les contradictions entre l'abstinence et les méthodes de réduction des méfaits;
- les contradictions entre la dépendance et les idéologies sur la protection de l'enfant;
- le manque de cohésion entre les options actuelles en matière de traitement et les besoins de la femme enceinte;
- le manque de disponibilité du traitement lorsque la femme le demande ou en a besoin;
- des règles rigides et des soins inaccessibles;
- l'attitude peu encourageante des praticiennes et des praticiens;
- le manque de formation des praticiennes et des praticiens qui pourraient faciliter l'accès aux soins;
- le manque de ressources pour permettre aux femmes de se faire traiter.

Ces obstacles sont largement attribuables à l'absence de liens entre les politiques et les incompatibilités des idéologies qui sous-tendent les politiques. Ainsi, pour surmonter avec succès les obstacles, l'*intégration* des politiques est nécessaire. De plus, le processus d'intégration et d'harmonisation devrait reposer sur une évaluation exhaustive de l'incidence des politiques actuelles sur les femmes (p. ex. pour les femmes sur l'aide sociale, la menace de perdre leur logement pendant qu'elles suivent un programme de traitement en établissement est un obstacle de taille au traitement). Les auteures recommandent, pour bien apprécier les expériences des femmes avec les politiques, d'avoir recours à un processus concerté et multisectoriel dans le cadre duquel les responsables de la planification des politiques, les praticiennes et les praticiens et les femmes se mettent dans la peau d'une femme qui essaie de se faire traiter.

En outre, les participantes et les participants ont recensé un certain nombre d'aspects clés nécessaires pour assurer des méthodes de traitement efficaces. Il s'agit :

- de programmes de traitement axés tout particulièrement sur la femme enceinte;
- de programmes et d'établissements de suivi;
- de soins holistiques;
- de services d'approche;
- d'établissements résidentiels offrant un milieu de vie familial;
- du soutien des pairs, de counseling et de thérapie collective;
- d'une attitude de la part des praticiennes et des praticiens qui ne soit pas fondée sur des jugements et d'un soutien inconditionnel;
- de plans de traitement individualisés, établis en collaboration avec les femmes.

Chacune de ces dimensions sera étudiée brièvement.

Programmes de traitement axés tout particulièrement sur la femme enceinte

Il est urgent d'axer les programmes de traitement sur les femmes enceintes. Les femmes ont parlé d'un besoin de sécurité, de soutien et de compréhension dans un milieu où elles ne se sentent pas menacées. Elles ont aussi parlé de l'importance d'être avec d'autres femmes enceintes ou mères, qui ont connu des expériences comparables. De plus, les participantes ont mis l'accent sur le fait qu'un traitement efficace pour les femmes enceintes doit inclure et faire participer les autres membres de la famille et de la communauté :

> Il serait intéressant d'avoir plus de centres de traitement pour les femmes enceintes et pour leurs familles, de façon qu'elles puissent avoir l'aide dont elles ont besoin à ce sujet. Essentiellement, quelqu'un pour les accompagner, leur offrir de l'éducation, de l'orientation, de l'amour, de la compréhension, du soutien. Quelqu'un qui aiderait cette personne à trouver la cause et la raison de sa toxicomanie. [*Traduction*]

Programmes et établissements de suivi

Dans le même ordre d'idée, les participantes ont parlé de l'importance très grande de l'après-traitement. Après leur grossesse, les femmes doivent pouvoir compter sur des programmes et des établissements, sur des programmes d'éducation familiale ainsi que sur d'autres formes d'aide :

> Il devrait y avoir un endroit comptant une moitié de femmes enceintes et une moitié de mères. Il faudrait que des médecins s'occupent des deux groupes, qu'il y ait des infirmières, des aides-infirmières ou des bénévoles [des femmes qui sont elles-mêmes des toxicomanes]. Et il devrait y avoir des conseillères pour les femmes qui ne veulent pas parler de mère à mère. Cet endroit serait bondé. [*Traduction*]

Soins holistiques

Le traitement efficace des femmes enceintes doit être holistique; il doit englober tous les besoins d'une femme et l'appuyer dans tous les secteurs de son quotidien : sa santé, son logement, ses besoins sociaux et spirituels. Plusieurs participantes ont fait observer que les besoins sociaux d'une femme sont souvent laissés pour compte dans les programmes de traitement, même si la solitude et l'isolement social contribuent à son problème de toxicomanie :

> Peut-être vivre dans un centre aménagé comme un foyer, où d'autres femmes qui sont dans la même situation peuvent vivre ensemble et mettre tous les services dans ce centre, comme les services d'une conseillère, des traitements et des sessions de groupe. Et pas seulement la dépendance, mais les autres questions aussi, comme l'enseignement des connaissances pratiques, la mise en valeur du potentiel en vue d'une carrière. Comme miser sur les éléments positifs qui vont permettre à la femme de se relever. Traiter des autres problèmes et non seulement de la dépendance.

> Ce programme m'a beaucoup aidée. Auparavant, je me sentais seule. Plus maintenant. Je ris souvent. [*Traduction*]

Services d'approche

Des services d'approche réguliers sont essentiels à des soins efficaces. De nombreuses participantes ont parlé de l'importance d'avoir quelqu'un qui se soucie de vous, qui démontre de la compassion et de l'intérêt et qui vous fait comprendre que comptez pour quelqu'un. Les participantes ont aussi dit que les femmes toxicomanes ont peu d'estime de soi, qu'il leur est souvent difficile de croire que quelqu'un se préoccupe d'elles. Il est donc crucial que les services d'approche soient toujours présents, ne portent pas de jugement et qu'ils respectent les conditions imposées par la femme :

> Il y a cinq ans, je ne vous aurais pas regardé. J'étais une personne dure. Je n'avais que trois amis. Au cours du counseling et durant mes années d'incarcération, des gens des Premières nations sont venus à la prison pour chanter pendant la messe. C'est là que j'ai décidé de changer : il y avait des gens qui étaient prêts à venir en prison pour me rencontrer. Ils tendaient la main pour m'aider et pour aider d'autres personnes comme moi. Ils étaient vraiment très gentils. Je ne voyais pas de gens aussi gentils du temps que je buvais.
>
> C'est difficile pour quelqu'un qui a peu d'estime de soi d'accepter le fait que quelqu'un se soucie d'elle. Si vous devenez leur amie, vous marchez en quelque sorte avec ces personnes, leur tenez la main et les appuyez. Elles savent qu'elles peuvent compter sur vous.
>
> Je pense que les visites à domicile montrent à la femme que vous l'appuyez, mais vous ne voudriez pas que cela ressemble à une visite du bien-être, ou à quelque chose du genre où elle se sentirait jugée. Et faire en sorte que les visites conviennent à son horaire à elle. Laissez-lui savoir que c'est pour elle que vous êtes là. Vous êtes là pour l'appuyer et l'aider à avoir un bébé en bonne santé. [*Traduction*]

Établissements résidentiels offrant un milieu de vie familial

Les soins efficaces offrent aux femmes des options, dont celle de suivre un traitement en établissement. Les participantes ont parlé de la valeur de soins résidentiels offrant un milieu de vie familial, là encore axés tout particulièrement sur les besoins de la femme enceinte. Le traitement en établissement peut permettre aux femmes de se réunir et de se soutenir mutuellement, tout en se familiarisant avec les processus physiologiques de la dépendance et les causes sous-jacentes de la consommation de substances intoxicantes :

> Je suis ensuite allée dans un centre résidentiel de traitement. Lorsque j'y suis arrivée, j'ai cru que je pourrais encore consommer une fois ou deux... mais une fois que j'y étais, j'ai appris ce que cette substance intoxicante fait à votre organisme, ce qu'elle fait à votre cerveau. Je ne voulais rien entendre. Mais j'ai écouté. Une semaine après le début du programme de traitement résidentiel, j'ai commencé à relaxer. Et, quand je suis partie, vous auriez pu m'offrir de la cocaïne, de l'héroïne, et je vous aurais dit : « Je vais tout faire pour rester loin de cela. Il n'y a rien de bon là-dedans. » Et maintenant je travaille très fort pour demeurer sobre. Et c'est quelque chose que j'aime faire.

> Une maison où il pourrait y avoir ce genre de counseling et de dépistage; si on découvre que cette mère consomme toujours, on peut l'admettre dans ce foyer de groupe où tous peuvent s'asseoir en cercle comme ici et discuter des raisons pour lesquelles on consomme. Je crois que cela pourrait aider. Je crois que nous en avons tous besoin ici dans la région. Pourquoi les gouvernements ne donnent-ils pas des fonds pour aménager un endroit comme celui-là? [*Traduction*]

Soutien des pairs, counseling et thérapie collective

Le soutien des pairs a déjà été mentionné dans le contexte de l'importance de répondre aux besoins sociaux d'une femme. Les participantes ont insisté sur cette question au cours de la discussion sur l'utilité de faire appel à d'anciennes toxicomanes comme conseillères dans le cadre des programmes et établissements de traitement. Les participantes croyaient fermement que le soutien des pairs et le counseling devraient être emphatiques, sans jugement aucun, sans menace aucune, et de nature habilitante. De plus, par le soutien des pairs, les femmes peuvent contribuer à leur propre guérison et à celle des autres à titre de modèles à imiter et de mentors. Beaucoup de femmes ont parlé de leur désir d'aider les autres à surmonter leurs problèmes de dépendance dès qu'elles auraient pu progresser dans leur propre voie. Le soutien des pairs est clairement un moyen de recevoir des autres et de donner aux autres et une dimension essentielle des soins efficaces. Le soutien des pairs et le mentorat ont aussi été amplement abordés comme moyens de faciliter la guérison, même après la fin d'un programme officiel de traitement :

> S'il y a une chose que j'aimerais, c'est que des gens qui sont passés par ici me conseillent.
>
> Si je réussis à ne plus consommer ces substances, j'aimerais aider les femmes enceintes. Je veux être un soutien pour elles.
>
> Cela fait partie de mon cheminement vers la guérison. Je crois que la société guérira en se réunissant comme ici, en groupes, et en étant des modèles et en voyant des modèles. [*Traduction*]

Attitude de la part des praticiennes et des praticiens qui ne soit pas fondée sur des jugements et soutien inconditionnel

Les femmes enceintes qui consomment des substances intoxicantes ont besoin du soutien inconditionnel et de la compassion de la part des praticiennes et praticiens et de leurs compagnes conseillères. Les participantes ont aussi parlé avec force de l'attitude peu encourageante des professionnelles et professionnels, ce qui peut être un obstacle à un traitement efficace et pourrait même être la principale raison pour laquelle les femmes refusent de se faire traiter. Les praticiennes et les praticiens doivent être conscients des complexités de la dépendance des femmes et des processus de guérison. Par conséquent, il ne faut pas que ces personnes considèrent le traitement des femmes comme une expérience de « réussite ou d'échec ». Un soutien inconditionnel signifie que la femme recevra le bénéfice du doute, que ses rechutes ne seront pas jugées et que ses réalisations de jour en jour, même modestes, feront l'objet d'une célébration :

> Les gens doivent véritablement appuyer les femmes, leur donner une chance, une marge de manoeuvre, un peu d'encouragement.
>
> Quand je suis venue ici pour la première fois, j'avais peur. Je serais venue plus tôt si j'avais su. Mais j'avais terriblement peur d'être jugée. Mais on se soucie de moi, on se soucie véritablement de moi.
>
> G. est mon infirmière préférée. Il y a une fois où j'ai fait une bêtise et j'ai vraiment eu peur — qu'est-ce que cela peut vouloir dire pour le bébé? Mais G. a dit : « Ne te sens pas coupable. Ton bébé est actif. » C'est le genre de personne dont nous avons besoin. Lorsque je chute, il faut que je parle à des gens comme G... Avant d'être venue ici, je voulais me tuer. [*Traduction*]

Le soutien inconditionnel donne aussi aux gens un sentiment d'espoir, ce qui est un facteur important pour renverser la tendance chez les femmes toxicomanes (White, 1998).

> C'est un policier qui m'a redonné goût à la vie. Il m'a montré qu'il croyait foi en moi. Je ne savais pas qu'il risquait sa carrière en me disant ce qu'il m'a dit. J'allais marier ce type et ce policier m'a emmené dans cette pièce et m'a dit qu'il n'était pas censé le faire, et puis il m'a montré un dossier au sujet de cet homme. Je n'en avais pas la moindre idée. Il avait été arrêté pour toutes sortes de choses horribles. Le policier m'a dit que je devais prendre ma propre décision, mais qu'au moins maintenant je savais dans quoi je m'embarquais. Il m'a dit qu'il pensait que je pouvais faire mieux. Je n'avais aucune estime de moi. Je pensais que je n'étais rien et ce policier a vu quelque chose en moi... J'ai fini par me désintoxiquer et j'ai fini par devenir sobre. [*Traduction*]

Cette femme est sobre depuis plus de dix ans. Elle est maintenant conseillère et personne-ressource dans un centre de guérison culturel.

Plans de traitement individualisés, établis en collaboration avec les femmes

Une autre dimension du traitement efficace, au même titre que les attitudes des praticiennes et des praticiens, c'est la façon dont les professionnelles et professionnels travaillent avec les femmes pour établir les objectifs et les plans de traitement. Des plans, établis en collaboration avec les femmes et des objectifs déterminés par les femmes elles-mêmes en fonction de leur situation et de leurs besoins particuliers, ont le plus de chance d'être efficaces. Une approche concertée respecte la femme, reconnaît son individualité et l'habilite dans le contexte de sa relation avec les professionnelles et professionnels.

> Il faudrait que des personnes puissent s'asseoir avec elles et préparer des plans individuels, et adapter le traitement à la personne. Et les gens doivent réaliser qu'il va y avoir des rechutes... [*Traduction*]

À noter qu'il y a, en Colombie-Britannique et ailleurs au Canada, des programmes qui offrent des soins très efficaces et qui englobent toutes ou presque toutes les dimensions susmentionnées. Les

auteures favorisent le maintien et, lorsque cela est pertinent, l'augmentation de ces programmes et espèrent qu'ils serviront de modèle pour des soins efficaces axés sur les femmes partout au pays.

La guérison par le renouvellement culturel – ce qui fonctionne du point de vue des femmes autochtones

Les femmes autochtones ont parlé de la très grande importance du rétablissement des liens avec la culture comme moyen de faciliter la guérison et le rétablissement. Les centres de traitement autochtones, particulièrement ceux conçus pour les femmes, sont considérés comme un moyen précieux de mettre les femmes en rapport avec leur culture traditionnelle :

> La Maison du rétablissement m'a vraiment beaucoup aidée. Ce sont toutes des femmes des Premières nations qui sont là. On m'a enseigné comment me faire des amies et amis et en être une. Comment respecter les gens. Comment enseigner aux autres et comment leur demander de respecter mes limites.
>
> Pourquoi n'y a-t-il pas plus de centres de traitement autochtones partout au Canada? Ils nous aident. Ils m'ont vraiment aidée! [*Traduction*]

Un autre moyen d'aider les femmes (enceintes) qui ont de sérieux problèmes de consommation de substances intoxicantes, c'est de leur donner un soutien intensif jour et nuit et, si nécessaire, une surveillance en s'attachant à mettre les femmes en rapport avec leur culture. Cela peut se faire en accueillant une femme chez soi, en l'accompagnant dans ses courses et ses activités, tout en essayant de rétablir en elle un sentiment de respect, de confiance et de fierté, et tout en insistant pour lui faire comprendre que la communauté tout entière tient à elle et à son foetus :

> Lorsque je buvais, cette famille m'a remarquée. Elle a vu que j'étais sans-abri. Elle m'a accueillie dans sa maison. On ne me laissait pas aller en ville seule. Je n'allais nulle part sans être accompagner de quelqu'un. J'ai fini par sortir avec le fils de cet homme et j'ai eu son enfant — nous avons une princesse héréditaire. Je suis allée aux AA lorsque j'étais enceinte de huit mois. Ce fut une bonne expérience. Je ne l'aurais pas choisie, mais c'est en quelque sorte elle qui m'a choisie... Maintenant, je me demande pourquoi je suis sobre. Je ne me tiens plus avec des gens qui boivent. Je fais une foule de cérémonies. Dans la suerie. C'est ma façon de demeurer sobre.
>
> Ce que je sais maintenant, c'est que, si jamais je prends de l'alcool ou des drogues encore pendant que je suis enceinte, je dirai à M que je l'autorise à me kidnapper... Je crois aux pouvoirs des grands-mères qui bottaient les derrières. Si nous avions un cercle de femmes ici et s'il y avait une femme enceinte dans le cercle et qu'elle était défiante... qu'y aurait-il de mal à ce que je l'emmène chez M? [*Traduction*]

Par ailleurs, les participantes ont parlé de la signification du programme et des activités de rétablissement culturel qui ne sont pas nécessairement axés sur le traitement, mais qui favorisent la guérison par l'enseignement et la pratique des méthodes traditionnelles. Pour bien des Autochtones, le lien ou le rétablissement du lien avec la culture traditionnelle contribue à la guérison, car elle fait

naître ou restaure des sentiments de respect de soi, de fierté et d'identité qui avaient été presque complètement anéantis. Les commentaires suivants de participantes expriment de manière éloquente de la valeur du rétablissement des liens avec la culture et la tradition des femmes autochtones, dont beaucoup ont su avec succès contrer leur dépendance :

> Lorsque j'ai arrêté de boire, j'ai commencé à m'occuper de la maison l'année suivante. Je m'initie à notre culture auprès des aînés... J'étais impatiente de me rendre à la maison pour nettoyer pendant une heure et puis faire une visite pendant une autre heure. Cela me comblais de joie. Voyez-vous, j'étais si ignorante des faits au sujet de notre culture... c'était simplement irréel que d'entendre les aînés dire qu'ils faisaient ceci ou cela.
>
> J'avais l'habitude de penser que j'étais une toxicomane terrible. Maintenant, je peux dire que je sais coudre des mocassins, ce qui est fantastique!
>
> Grand-mère M. enseignait la confection de mocassins et de colifichets. J'étais vraiment fière de moi-même, de pouvoir dire que je faisais ces choses-là. Je peux aller à des pow-wow et dire : « J'ai fait cela moi-même. » Je peux dire à tout le monde que je connais qu'il y a une classe où vous pouvez apprendre à faire des choses comme ça. C'est très gratifiant pour vous et vos enfants. Ils apprennent et ne s'en rendent même pas compte. Je suis si fière de ma fille. Nous venons d'aller à un pow-wow où elle a dansé et parlé au microphone devant plus de 600 personnes... J'ai vraiment participé aux activités de l'école de ma fille... Le professeur m'a demandé de parler de l'enseignement traditionnel que j'avais appris. J'ai parlé pendant une heure. J'étais fière de pouvoir répondre aux questions. Je ne pensais pas savoir tant de choses. Mais je pourrais vous montrer ce que j'ai fait pour ces enfants. C'est vraiment formidable d'être fière de soi et de ses origines. Cette classe m'a fait beaucoup de bien.
>
> Même si nous sommes en ville, je peux tout de même enseigner des choses à mes enfants. Les gens de la ville veulent véritablement apprendre leur culture.
>
> C'est vraiment avantageux pour les enfants d'être exposés à ce genre de choses culturelles, car il n'est pas bon de grandir sans aucune identité. J'avais 25 ans lorsque j'ai réalisé que j'étais fière de pouvoir parler la langue Okanagan, de faire des conserves... [*Traduction*]

Comme le démontrent ces commentaires, en plus d'être la clé du rétablissement, renouer des liens avec la culture traditionnelle peut être une façon de *prévenir* la consommation de substances intoxicantes chez les Autochtones, particulièrement les jeunes. En discutant de leur participation aux activités culturelles, les participantes ont parlé de leur rôle comme apprenantes et aussi comme enseignantes des générations plus jeunes. Les participantes étaient de toute évidence fières de leur travail de mentor et des effets de guérison du mentorat sur elles-mêmes et « leurs étudiantes ». Plusieurs participantes considèrent leur culture comme une force formidable et comme un moyen d'inculquer de la fierté aux jeunes, ce

qui pourrait contribuer à isoler les jeunes des pressions et des défis qui en mènent plusieurs à la consommation de substances intoxicantes et à la dépendance.

Appuyer les femmes autochtones pour qu'elles assument un rôle de chef de file dans la communauté

L'étude de cas a permis de constater que les femmes des communautés autochtones assumaient souvent, de façon officieuse, la responsabilité pour les divers besoins des membres de la communauté. Cela s'ajoute aux autres tâches et responsabilités familiales des femmes qui ont des ressources extrêmement limitées. De plus, bien que la participation des femmes autochtones aux décisions locales varient d'une communauté à l'autre, le rôle officiel des femmes dans le processus décisionnel a tendance à ne pas refléter leur activité très importante comme prestataires de soins à la communauté, organisatrices et agentes du changement. Afin de reconnaître le rôle des femmes, il est essentiel de trouver des moyens de renforcer leur capacité et de multiplier les occasions leur permettant d'assumer des rôles de leadership dans leurs propres communautés. Les participantes croient aussi fermement que des ressources pour le développement d'une infrastructure sont nécessaires, de façon à appuyer les efforts et les activités de leadership des femmes autochtones.

Autres façons d'élaborer les politiques

Comme il a été mentionné, il existe au Canada des programmes novateurs et efficaces qui sont centrés sur les femmes. Les grandes lignes de trois de ces programmes sont présentées, ainsi que leurs objectifs, les services offerts, l'historique, les résultats obtenus jusqu'à maintenant et les éléments considérés comme essentiels à leur réussite.

Le projet Sheway – Downtown East Side, Vancouver

Sheway est un programme d'approche qui s'adresse particulièrement aux femmes enceintes et aux femmes ayant de jeunes enfants. Il vise à :

- réduire le nombre de bébés nés avec le syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et le syndrome de l'abstinence néonatale (SAN);
- réduire le nombre d'enfants enlevés à leurs mères dans l'est du centre-ville de Vancouver, quartier Sheway;
- permettre aux femmes enceintes et toxicomanes d'avoir accès aux soins prénataux et postnataux plus facilement dans un cadre où elles sont à l'aise;
- appuyer de façon plus positive les parents, peu importe que leur nourrisson ait été ou non exposé aux substances intoxicantes;
- réduire les préjudices causés à la mère et au bébé par l'alcool ou la drogue.

Le personnel de Sheway utilise une approche de réduction des méfaits centrée sur la femme. Ces services sont offerts à l'extérieur ou sur place, cinq jours par semaine. Les femmes reçoivent des soins médicaux, des conseils en alimentation, des conseils et un soutien pour les problèmes émotifs, des traitements pour la toxicomanie, de l'aide pour se trouver un logement sûr, un soutien pour le développement du nourrisson et un repas chaud tous les jours. Certaines choses pratiques, comme les

vitamines, les vêtements, les jouets et la nourriture leur sont aussi offertes. Le personnel se compose d'une infirmière en santé communautaire, d'une diététicienne, d'une conseillère en développement du jeune enfant, d'une travailleuse des services d'approche pour VIH, de deux travailleuses sociales du ministère de l'Enfance et de la Famille, d'une conseillère à temps partiel en matière d'alcool et de drogue et de sages-femmes. Il y a aussi une visite hebdomadaire d'un médecin et on a accès deux fois par semaine à l'équipe d'évaluation du syndrome d'alcoolisme foetal du centre de santé de Sunnyhill.

C'est un projet interorganisme, auxquels participent la Vancouver Native Health Society, le Vancouver Health Board, le ministère de l'Enfance et de la Famille (programmes de protection de l'enfant, de l'alcool et de la drogue) et le YMCA. Le projet de prévention du SAF et du SAN de Crabtree Corner de la Oak Tree Clinic a commencé en 1993 après que l'information sur le secteur de recensement eut démontré que dans le secteur est du centre-ville de Vancouver, 46 p. 100 des bébés étaient exposés à l'alcool ou à la drogue et qu'entre 80 p. 100 et 100 p. 100 de ces bébés étaient pris en charge après la naissance.

Résultats obtenus jusqu'à maintenant
L'information suivante date de 1996 :

- 75 p. 100 des femmes demeurent dans le programme jusqu'à l'accouchement;
- un mois après l'accouchement, 76 p. 100 des mères ont encore leur enfant avec elles, 32 p. 100 allaitent leur bébé et 20 p. 100 se sont fait enlever leur enfant;
- 80 p. 100 des enfants ont reçu tous les vaccins voulus.

Éléments essentiels à la réussite
Sheway est efficace en tant que modèle pluridisciplinaire et multi-organismes. Il est bien situé, d'accès facile et il offre un guichet unique. Le personnel a le temps de nouer des liens avec les femmes, tout comme les femmes entre elles. Le fait que les services sont offerts à l'extérieur ou sur place et que l'approche philosophique du personnel donne de bons résultats pour ce groupe de clientes.

Breaking the Cycle (Rompre le cycle) – Toronto
Breaking the cycle est un programme d'intervention précoce et de prévention qui s'adresse aux femmes enceintes et toxicomanes et aux femmes qui ont de jeunes enfants et qui demeurent dans un environnement instable. Le programme a été conçu selon les principes et les priorités du plan d'action communautaire pour les enfants. Voici les résultats escomptés :

- réduire l'incidence des bébés de faible poids à la naissance;
- réduire l'incidence des mauvais traitements aux enfants;
- accroître le soutien aux parents et accroître leur capacité d'établir des liens avec leurs enfants;
- accroître les partenariat entre les organismes et les familles;
- accroître la reconnaissance publique des problèmes et augmenter les ressources disponibles pour régler ces problèmes;

- accroître les connaissances et augmenter la capacité des familles et des communautés par l'habilitation;
- accroître l'accessibilité à des programmes qui tiennent compte des aspects culturels et linguistiques.

Le programme *Breaking the cycle* fonctionne selon une méthode axée sur la famille, qui vise l'adaptation des organismes aux familles plutôt que l'inverse. Ce programme offre un modèle de guichet unique où les femmes peuvent recevoir de l'aide intégrée côté maternité, dépendance et développement de l'enfant. Leurs besoins de base sont appuyés par un échange de vêtements, un programme de repas quotidiens et de l'aide pour le transport. Il est possible d'y recevoir des conseils en santé mentale, tout comme des services de soins de santé, comme des conseils prénataux et postnataux et des services pédiatriques. Le personnel provient de six organismes partenaires et compte des conseillères en toxicomanie, des infirmières en santé publique, des spécialistes en développement du jeune enfant, des conseillères et des conseillers en matière de santé mentale, des infirmières et des médecins.

Dans la foulée d'une conférence sur la toxicomanie en 1992, qui a examiné le thème du partenariat et de la collaboration, quatre organismes (des services de toxicomanie pour les femmes, de développement de l'enfant et de la famille, de bien-être de l'enfant et de soins de santé) ont préparé une proposition de financement pour le PAC-E (plan d'action communautaire pour les enfants). Le modèle du programme a été établi par suite d'une vaste consultation avec plusieurs intervenantes et intervenants, dont des femmes qui pourraient éventuellement devenir des clientes, pour déterminer le modèle le plus souple et le plus efficace de prestation de services. Il s'agit d'une réponse communautaire concertée, dirigée par un partenariat qui comprend des clientes.

Résultats obtenus jusqu'à maintenant

L'information suivante date de février 1998 :

- près du quart des femmes qui ont recours au service sont enceintes — un nombre considéré comme important étant donné la difficulté de rejoindre naturellement cette population de clientes;
- le service d'approche est efficace, car il y a un nombre constant de nouvelles femmes qui communiquent avec le service chaque mois;
- les compétences parentales ont augmenté et les risques pour les enfants ont diminué.

Éléments essentiels à la réussite

Le programme *Breaking the cycle* a amélioré l'accès aux services par son modèle concerté à guichet unique qui a été considéré comme la clé de sa réussite. La participation de familles à la conception du programme et à son évaluation régulière a aussi permis d'élaborer le programme de manière que les femmes et leurs enfants se sentent en sécurité. La composante d'approche est la clé pour rejoindre tôt les femmes enceintes.

FAS Community Collaborative Network (Réseau de collaboration communautaire SAF) — Prince George

Le FAS Community Collaborative Network de Prince George est une vaste coalition de membres de la communauté déterminés à régler efficacement la question du SAF dans leur communauté grâce à la participation, l'identification et la transformation. Ce service n'est pas financé, mais la vision collective de cette coalition les a réunis dans cette aventure de dix ans. Ils ont entrepris plusieurs initiatives communautaires, rassemblé plusieurs groupes dans la communauté de façon à accroître la compréhension collective des problèmes et se sont engagés à faire participer diverses populations au processus :

> Le manque d'argent est quelquefois considéré comme habilitant. Les stratégies que le réseau et ses organismes précurseurs ont choisies reposaient sur leurs propres critères et non sur les critères de financement d'un programme. Le groupe disposait donc d'une souplesse dans les décisions et dans le moment choisi pour élaborer ses stratégies. (Prince George FAS Community Collaborative Network, 1998, p. 74) [*Traduction*]

Le réseau n'est pas homogène sur le plan philosophique, certains membres adoptant un modèle médical qui est principalement axé sur l'individu, alors que d'autres favorisent une approche de réduction des méfaits. Les décisions sont prises par consensus et, dans ce processus de discussion, des « disciplines disparates » se rapprochent pour en venir à un terrain d'entente au sujet des problèmes. De janvier à avril 1998, le réseau a procédé à un projet de recherche-action participatif dans le but d'élaborer un processus en vue de trouver et de mettre au point des stratégies et des politiques de prévention du syndrome d'alcoolisme foetal et de l'effet d'alcoolisme foetal par les gens qui sont touchés de plus près par les politiques (*ibid.*, p. 140). Dans l'ensemble, on a constaté que les politiques qui découlent des consultations et des partenariats, telles que celles qui ont été établies, ont un plus grand potentiel de succès que les politiques mises sur pied en vase clos sans la participation des communautés qu'elles doivent desservir (*ibid.*).

Même si ce bref profil ne fait qu'effleurer le travail accompli par ce réseau au fil des années, il est présenté dans ce document d'abord et avant tout pour illustrer un processus décisionnel qui est différent des autres. Il sera important de suivre cette initiative avec le temps, car elle sera porteuse de leçons intéressantes dans le contexte de la prévention du syndrome d'alcoolisme foetal.

Partie II

Orientations dans la foulée de la décision de la Cour suprême

Jugement majoritaire de la Cour suprême

Bien qu'il y ait considérablement d'ambiguïté au sujet de la « solution » de la majorité au problème de la consommation de substances intoxicantes pendant la grossesse, la décision prône à plusieurs reprises la voie législative comme solution de rechange. En vérité, en raison de la fréquence à laquelle on la propose (malgré l'énoncé de la préface « si quelque chose doit être fait... »), il semble raisonnable de conclure que l'examen législatif et la réforme législative constituent la principale

solution de la majorité au problème de la consommation de substances intoxicantes durant la grossesse. Le motif énoncé par la majorité pour recommander une réforme législative est que cette optique renvoie la question aux politiciennes et aux politiciens élus pour qu'ils en décident. On présume que ces politiciennes et politiciens rendent des comptes à la population de leurs circonscriptions par l'entremise du processus démocratique et que, par conséquent, le résultat du processus législatif sera le reflet de la volonté publique.

Réaction des auteures

La solution législative recommandée par la majorité appuie l'idée selon laquelle il conviendrait d'adopter une réponse juridique à ce problème social. Les conclusions du projet, ainsi que celles qui proviennent de la pratique et des ouvrages recensés, démontrent fermement qu'il en est tout autrement. Les auteures craignent grandement que des ressources publiques limitées soient investies dans des mécanismes juridiques coûteux, inévitablement aux dépens des solutions non législatives. Elles préconisent plutôt une optique non juridique qui, à leur avis, répondra plus efficacement aux problèmes sociaux et de santé qui sont au coeur du problème.

En outre, la « solution » de la majorité est une solution politique. Bien que l'on suppose implicitement que les élus feront participer d'une manière quelconque le public à des discussions afin qu'il contribue ainsi au processus législatif, rien ne garantit que les multiples composantes des communautés auront un accès direct au processus d'élaboration des politiques ou qu'ils pourront y participer. Ce qui est crucial ici, c'est le lien entre le débat public et le processus d'élaboration des politiques. Il faut donc de vastes discussions publiques qui permettront en quelque sorte une conscientisation, un débat et une concertation sur les problèmes associés à la consommation de substances intoxicantes durant la grossesse. De plus, les auteures estiment que les tables rondes devront étayer clairement le processus d'élaboration des politiques, ce qui contribuera ainsi à assurer une responsabilisation accrue et une meilleure réponse locale. De multiples publics cibles doivent participer à ces discussions, en particulier les femmes et les membres des communautés qui ont une expérience directe de la lutte contre la consommation de substances intoxicantes durant la grossesse.

Jugement minoritaire de la Cour suprême

Le jugement minoritaire de la Cour suprême soutient qu'avant la naissance le foetus est une entité vivante et viable et que, à ce titre, son identité individuelle doit être reconnue moralement en droit. La minorité fonde son argument en grande partie sur les découvertes médicales et les technologies d'imagerie. De plus, la minorité se sert de cet argument pour soutenir que le foetus devrait avoir un droit juridique à la protection contre les préjudices, de la même façon et dans la même mesure que les enfants et les autres personnes qui ont droit à la protection juridique. La minorité propose que dans le cas d'un foetus qui risque de subir de graves préjudices en raison de l'usage de substances intoxicantes par la mère, des mesures juridiques soient prises, sous forme de traitement ou de détention obligatoire si nécessaire.

Réaction des auteures

Nous appuyons l'idée que le foetus est une entité vivante et nous croyons que l'État, le secteur des entreprises ou le secteur privé, les communautés, les familles et les parents ont la responsabilité de promouvoir le développement sain du foetus. De plus, selon nos constatations, les femmes enceintes,

même celles qui consomment des substances intoxicantes durant la grossesse, sont profondément préoccupées par la santé de leur foetus et son bon développement. Pour certaines femmes qui ont des problèmes de dépendance, le fait de voir le « portrait » du foetus grâce à la technologie de l'ultrason, contribue à renforcer le lien et leur aide dans leurs efforts pour réduire leur consommation de substances intoxicantes ou pour s'en abstenir.

Par contre nous croyons fermement que l'octroi de droits au foetus est, en définitive, improductif par rapport à l'objectif de la société qui est d'assurer le développement normal du foetus et de prévenir des préjudices au foetus en raison de la consommation de substances intoxicantes par la mère. Comme nous l'avons vu dans la décision de la Cour suprême et le discours connexe des médias, le langage juridique mène inévitablement à un encadrement dichotomique des enjeux qui deviennent un objet de confrontation et, par conséquent, inefficace pour résoudre le problème.

De plus, en réponse à la « solution » de la minorité, soit un traitement ou une détention obligatoire, les conclusions du projet indiquent que ce n'est pas une orientation politique judicieuse au Canada, et ce, pour plusieurs raisons :

- Les preuves démontrent clairement qu'il est inutile de blâmer les femmes pour leur problème de consommation de substances intoxicantes et de dépendance et de les humilier. En fait, la réprobation et la stigmatisation sociales favorisent une régression plus rapide et retardent la guérison et le rétablissement.
- La conception et l'application de mécanismes de traitement ou de détention obligatoire consommeraient de précieuses ressources publiques qui devraient plutôt servir à des initiatives communautaires de prévention, tout particulièrement celles qui vont dans le sens des principes de réduction des méfaits. L'expérience des auteures à l'aide à l'enfance permet de croire que l'adoption d'une loi ou d'une politique pour faire face aux cas extrêmes régira inévitablement le système tout entier et détournera des ressources qui seraient mieux utilisées pour soutenir les familles et faire de la prévention.
- Le traitement ou la détention obligatoire reproduit et renforce l'oppression qui contribue, au départ, à la consommation de substances intoxicantes chez les femmes. Les communautés autochtones seront tout particulièrement touchées de façon négative par l'application du traitement ou de la détention obligatoire.
- On ne peut élaborer de bonnes politiques sans connaissances suffisantes, ce qui est présentement le cas des connaissances au sujet des expériences de vie de « ces femmes » qui consomment des intoxicants durant la grossesse. Ce projet est l'un des rares projets au Canada qui permet aux femmes consommatrices de substances intoxicantes de s'exprimer et qui examine et apprécie le contexte social, culturel et historique pour comprendre leur consommation de substances intoxicantes. De plus, McCormack (1998) nous rappelle que les connaissances scientifiques sont encore incomplètes relativement à la probabilité, à la nature et au caractère irrémédiable des torts causés au foetus par la toxicomanie de la mère. C'est pourquoi l'élaboration des politiques dans ce domaine ne devrait pas être faite sans une information plus complète et mieux fondée.
- Le traitement ou la détention obligatoire prend à partie la femme et l'isole sans reconnaître la responsabilité collective et sociale qui est de favoriser et d'assurer le développement normal du

foetus. En tant que société, le Canada a régulièrement appuyé et soutenu la valeur de la responsabilité collective pour le bien-être des citoyennes et des citoyens.

Recommandations

1. Les auteures recommandent le maintien et l'expansion d'initiatives communautaires financées par le gouvernement fédéral, comme le plan d'action communautaire pour les enfants (PAC-E), de façon à assurer la continuité des projets locaux et à augmenter le nombre de projets et de programmes communautaires qui répondent aux besoins locaux. De plus, une fois l'évaluation des projets du PAC-E terminée, les auteures recommandent que les programmes efficaces soient présentés à l'échelle nationale, de sorte que les communautés puissent apprendre de ces projets et s'en servir pour bénéficier des expériences et des réalisations des autres.

2. Les auteures recommandent l'affectation de crédits fédéraux à l'établissement d'une infrastructure de soutien pour des tables rondes locales ou provinciales sur les politiques. Ces tables rondes permettraient de sensibiliser le public aux multiples et complexes questions qui sont liées à la consommation de substances intoxicantes durant la grossesse et tenteraient de définir un ensemble de principes communs qui sous-tendraient l'établissement d'une politique globale. Les principales caractéristiques de ces tables rondes sur les politiques seraient les suivantes:

   Axées sur la collaboration : Il faut faire participer de multiples secteurs et intervenantes et intervenants, dont les femmes qui prennent des substances intoxicantes et leurs familles, les femmes autochtones et les membres des communautés, les praticiennes et les praticiens de première ligne des services sociaux. De plus, les multiples paliers de gouvernement (p. ex. les bailleurs de fonds fédéraux, provinciaux et locaux et les décisionnaires) devraient participer aux tables rondes, tout comme le secteur des entreprises qui doit assumer sa responsabilité en tant que citoyen des communautés.

   Orientées localement : Avec une souplesse définie « localement » et désignant la communauté, la municipalité, la région, la bande et la nation.

   Permanentes : En reconnaissance de la nature évolutive et à long terme du processus.

   Holistiques : Pour examiner la question de la consommation de substances intoxicantes durant la grossesse dans le contexte de la vie de la femme.

   La mise en oeuvre et l'application de ces tables rondes sur les politiques peuvent être influencées par les cadres participatifs existants d'analyse et de résolution des conflits (voir Owen, 1998).

   Comme première tâche, les auteures préconisent que ces tables rondes sur les politiques procèdent à une vérification des ressources actuelles pour les femmes enceintes et mères qui consomment des intoxicants. Cette vérification permettra de déterminer les obstacles et les

éléments favorisant un traitement efficace et, par conséquent, d'élaborer de bonnes politiques et de bonnes approches.

3. Les auteures recommandent que le gouvernement fédéral affecte des ressources au renforcement de la capacité des publics cibles qui ont toujours été marginalisés — en particulier les communautés autochtones — pour leur assurer une voix plus forte aux tables rondes sur les politiques. De plus, elles recommandent que des fonds fédéraux soient affectés à des collectivités de la base, afin de mettre en place l'infrastructure nécessaire pour appliquer les orientations des tables rondes.

4. Étant donné la vision traditionnelle du monde des Autochtones, qui considèrent que les communautés doivent s'occuper des mères et des enfants, beaucoup de choses pourraient être apprises des peuples autochtones sur l'aide communautaire aux femmes enceintes qui consomment des substances intoxicantes. L'expérience des auteures avec ce projet renforce leur vision selon laquelle la recherche-action participative est un moyen précieux de redonner de la vigueur aux communautés et de mieux sensibiliser les gens aux enjeux sociaux importants et les inciter à agir.

   Les auteures recommandent donc que le gouvernement affecte des fonds à de la recherche-action participative dans les communautés autochtones et que cette recherche soit surveillée et entreprise par des Autochtones. De plus, les auteures recommandent que le financement par Condition féminine Canada d'une recherche-action participative dans les collectivités autochtones soit une priorité de son programme de recherche.

   Dans le cadre du financement d'une telle recherche, il faut tenir compte du fait que la recherche-action participative exige plus de temps que les autres formes de recherche et que les processus, produits et résultats de la recherche ne peuvent être déterminés d'avance; la souplesse des bailleurs de fonds est donc essentielle.

5. Les participantes et les participants ont discuté franchement des obstacles actuels au traitement et à la guérison et ont relevé de nombreuses dimensions critiques à des soins et à un appui efficaces. Les idées des participantes et des participants forment un ensemble de recommandations relativement aux politiques et pratiques auxquelles les auteures souscrivent entièrement. De plus, les auteures soulignent trois recommandations interdépendantes issues des messages des participantes et des participants :
   - que le gouvernement fasse en sorte que des ressources suffisantes soient affectées à des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie *centrés sur la femme,* ce qui nécessitera la création de programmes de traitement supplémentaires, en particulier des programmes qui s'adressent aux femmes enceintes et qui incorporent les dimensions susmentionnées de soins efficaces;
   - que, grâce au processus des tables rondes permanentes sur les politiques, l'absence de liens et les incompatibilités entre les politiques et approches actuelles soient relevées et réglées;
   - que les philosophies de promotion de la santé et de réduction des méfaits servent de point de départ aux discussions sur les politiques et aux solutions proposées relativement aux femmes

enceintes qui consomment des intoxicants et que ces orientations philosophiques favorisent un changement d'attitude chez tous les intervenants et les intervenantes qui travaillent auprès des femmes enceintes consommatrices de substances intoxicantes et permettent de trouver un terrain d'entente.

6. Enfin, les auteures recommandent vivement au gouvernement d'imposer un moratoire sur l'adoption par voie législative de politiques qui permettent un traitement ou une détention obligatoire pour les femmes enceintes qui consomment des intoxicants. Ce moratoire doit être maintenu jusqu'à ce que toutes les autres options, en particulier celles qui sont recommandées dans le présent document, aient été appliquées et évaluées.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, Ann A. (1994). « A Feminist Approach to Substance Abuse Treatment and Service Delivery » Olsen, Miriam M. (dir.), dans *Social Work in Health Care*, 19(3/4), New York, Haworth Press, pp. 67–83.

Abrahams, R. (1996). « Current Approaches to Substance Abuse in Pregnancy », [présentation] Victoria, *Proceedings from the Vancouver Island Perinatal Conference*.

Addiction Research Foundation (1996). *The Hidden Majority: A Guidebook on Alcohol and Other Drug Issues for Counsellors Who Work with Women*, Toronto, The Addiction Research Foundation.

Addictions and Community Funded Programs (1995). *An Overview of Effective Prevention Programming in First Nations Communities*, Ottawa, Santé Canada.

Adult Clinical Services Branch (1995). *The Biopsychosocial Theory – Draft #5*, Victoria, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

Albersheim, S.(1992). « Infants of Drug-Dependent Mothers », dans *Journal canadien de pédiatrie*, juin, pp. 70–77.

Anderson, S. et James Fraser Grant (1984). « Pregnant Women and Alcohol: Implications for Social Work », dans *Social Casework*, janvier, pp. 3–10.

Andrews, A.B. et E.G. Patterson (1995). « Searching for Solutions to Alcohol and Other Drug Abuse During Pregnancy: Ethics, Values, and Constitutional Principles », dans *Social Work*, 40(1), pp. 55–64.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (1997). *Ça prend une communauté : manuel de ressource à l'usage des programmes communautaires de prévention et d'intervention en matière de syndrome d'alcoolisme foetal et d'effets de l'alcool sur le foetus*, Ottawa, Santé Canada – Direction générale des services médicaux.

AWARE (1995). *Making Connections: A Booklet About Women and Prescription Drugs and Alcohol*, Kingston, Ontario, AWARE Press.

AWARE (1996). *Give and Take: A Booklet for Pregnant Women About Alcohol and Other Drugs*, Kingston, Ontario, AWARE Press.

Azzi-Lessing, L. et L.J. Olsen (1996). « Substance Abuse Affected Families in the Child Welfare System: New Challenges, New Alliances, *Social Work*, 41(1), pp. 15–23.

Baker, M. (1995). *Canadian Family Policies, Cross-National Comparisons*, Toronto, University of Toronto Press.

Bal, B. et A. Gibb-Carsley (1996). *Challenging the Paradigm: An Alternative Model of Practice with Pregnant Women Struggling with Substance Abuse*, présentation à la 20th National Conference on Perinatal Social Work (thème : « Reflections and Revitalizations »), Memphis, Tennessee, mai.

Bala, N. et R. Vogl (1993). *Legal Responses: Abuse and Neglect of the Unborn Child*, Toronto, Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée.

Barnsley, J. et D. Ellis (1992). *La recherche en vue de stratégies de changement*, Vancouver, Women's Research Centre, pp. 9–21.

Bass, L. et M. Jackson (1997). « A Study of Drug Abusing African-American Pregnant Women », dans *Journal of Drug Issues*, 27(3), pp. 659–671.

Bays, J. (1990). « Substance Abuse and Child Abuse: Impact of Addiction on the Child », dans *Pediatric Clinics of North America*, 37(4), pp. 881–904.

BC Centre of Excellence for Women's Health (1997). *Media Package on the Ms. G. Case* [non publié].

Beckett, Katherine (1995). « Fetal Rights and 'Crack Moms'– Pregnant Women in the War on Drugs », dans *Contemporary Drug Problems*, 22, hiver, pp. 587–612.

Beckman, L. (1994). « Treatment Needs of Women with Alcohol Problems », dans *Alcohol Health and Research World*, 18(3), pp. 206–210.

Beckman, L. (1995). « Barriers in Alcoholism Treatment for Women », dans *Alcohol Health and Research World*, 18(3), pp. 206–210.

Besharov, D. (1989). « The Children of Crack: Will We Protect Them? », dans *Public Welfare*, 47(3), pp. 6–11.

Boscoe, M. (1997). *Compulsory Treatment Orders for Pregnant Women*, Internet Listserv, Policy Action Research List, 17 mars, Women's Health Clinic (whc@web.net).

Brindis, C., G. Berkowitz et Z. Clayson (1997). « Options for Recovery: Promoting Perinatal Drug and Alcohol Recovery, Child Health and Family Stability », dans *Journal of Drug Issues*, 27(3), pp. 607–624.

Broom, D. (1994) « On Asking the Right Questions: Making Sense of Gender and Drugs », Dorothy Broom (dir.), *Double Bind: Women Affected by Alcohol and Other Drugs*, St. Leonards, New South Wales, Allen & Unwin, pp. 197–206.

Bruce, L. et K. Williams (1994). « Drug Abuse in Pregnancy », dans *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada,* 1994, pp. 1469–1476.

Brudenell, I. (1997). « A Grounded Theory of Protecting Recovery During Transition to Motherhood », dans *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(3), pp. 453–466.

Burns, K.A., L. Chethik et R. Clark (1997). « The Early Relationship of Drug Abusing Mothers and Their Infants: An Assessment at Eight to Twelve Months of Age », dans *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), pp. 279–287.

Cain, V. (1994). *Report of the Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia*, Victoria, Office of the Chief Coroner, Imprimeur de la Reine pour la Colombie-Britannique.

Callahan, M., B. Field, C. Hubberstey et B. Wharf (1998). *Best Practices in Child Welfare*, Victoria, Child, Family and Community Research Program, University of Victoria.

Carten, Alma J. (1996). « Mothers in Recovery: Rebuilding Families in the Aftermath of Addiction », dans *Social Work*, 41(2), pp. 214–223.

Center for Reproductive Law and Policy (1996). *Punishing Women for Their Behavior During Pregnancy: An Approach that Undermines Women's Health and Children's Interests*, New York, Center for Reproductive Law and Policy.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (1996). *La politique antidrogue au Canada : mémoire au comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, (http://www.ccsa.ca).

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Groupe de travail national sur la politique (1994). *Le syndrome d'alcoolisme foetal : un problème de santé infantile et familiale, Document de discussion de politique*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Groupe de travail national sur la politique (1996). *Le modèle de réduction des méfaits : une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Chaffin, M., K. Kellejer et J. Hollenberg (1995). « Onset of Physical Abuse and Neglect: Psychiatric, Substance Abuse and Social Risk Factors from Prospective Community Data », dans *Child Abuse and Neglect*, 20(3), pp. 191–203.

Chasnoff, I., H. Landress et M.E. Barrett (1990). « The Prevalence of Illicit Drug or Alcohol Use During Pregnancy and Discrepancies in Mandatory Reporting in Pinelas County, Florida », dans *New England Journal of Medicine*, 322, pp. 1202–1216.

Clark, R. (1994). « Responding to Family Violence », dans *Alcohol, Drugs and the Family: Conference Proceedings – 1994 APSAD National Conference*, Australian Drug Foundation, South Melbourne.

Clemmons, Penny (1995). « Reflections of Social Thought in Research on Women and Alcoholism », dans *Journal of Drug Issues*, hiver, pp. 73–80.

Conseil sur la condition de la femme des T. N.-O (1996). *Keeping Women and Communities Strong, Women, Substance Abuse and FAS/FAE: A NWT Needs Assessment*, Yellowknife, Conseil sur la condition de la femme.

Coombs-Orme, T., J. Heltzer et R. Miller (1988). « Application of Labelling Theory to Alcoholism », dans *Journal of Social Service Research*, 1(2/3), pp. 73–91.

Corse, S., M. McHugh et S. Gordon (1995). « Enhancing Provider Effectiveness in Treating Pregnant Women with Addictions », dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(1), pp. 3–12.

Cousins, C. (1996). « Maternal Substance Abuse: What Works...What Doesn't », présenté à « Reflections and Revitalizations », 20th National Conference in Perinatal Social Work, Memphis, Tennessee, mai.

Daniels, Cynthia R. (1997). « Between Fathers and Fetuses: The Social Construction of Male Reproduction and the Politics of Fetal Harm », dans *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 22(3), pp. 579–616.

Davis, S. (1997). « Comprehensive Interventions for Affecting the Parenting Effectiveness of Chemically Dependent Women », dans *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 26(5), pp. 604–610.

Deren, S. *et al.* (1995). « Women at High Risk for HIV: Pregnancy and Risk Behavior », dans *The Journal of Drug Issues*, 25(1), pp. 57–71.

Dore, M., J. Doris et P. Wright (1995). « Identifying Substance Abuse in Maltreating Families: A Child Welfare Challenge », dans *Child Abuse and Neglect*, 19(5), pp. 531–543.

Drabble, L. (1997). *Substance Abuse Tools for Social Service Professionls* [manuel de formation], California, University of California at Berkeley, School of Social Welfare.

Egelko, S., M. Galanter, H. Edwards et K. Marinelli (1996). « Treatment of Perinatal Cocaine Addiction: Use of the Modified Therapeutic Community », dans *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(2), pp. 185–202.

Eliason, M. et A. Skinstad (1995). « Drug/Alcohol Addiction and Mothering », dans *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12(1), pp. 83–96.

Eliason M., A. Skinstad et K. Gerken (1995). « Substance Abuse and Motherhood », dans *Alcohol Treatment Quarterly*, 13(2), pp. 81–88.

Elk, R. *et al.* (1997). « Behavioral Interventions: Effective and Adaptable for the Treatment of Pregnant Cocaine-Dependent Women », dans *Journal of Drug Issues*, 27(3), pp. 625–658.

Erikson, P., D. Riley, Y. Cheung et P. O'Hare (1997). « Introduction: The Search for Harm Reduction», dans Erikson, P., D. Riley, Y. Cheung et P. O'Hare (eds.), *Harm Reduction: A New Program for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, pp. 3–11.

Ettore, E. (1994). « Women and Drug Abuse with Special Reference to Finland: Needing the Courage to See », dans *Women's Studies International Forum*, 17(1), pp. 83–94.

Farkas, K., G. Doucette et W. White (1992). « Addressing Perinatal Addiction: A Hospital-Based Comprehensive Service Model », dans *Substance Abuse*, 13(2), pp. 71–81.

Farr, K. (1995). « Fetal Abuse and the Criminalization of Behavior During Pregnancy », dans *Crime and Delinquency*, 41(2), pp. 235–245.

Ferguson, S. et M. Kaplan (1994). « Women and Drug Policy: Implications of Normalization », dans *AFFILIA*, 9(2), pp. 129–144.

Finklestein, Norma (1993). « Treatment Programming for Alcohol and Drug-Dependent Pregnant Women », *The International Journal of the Addictions*, 28(13), pp. 1275–1309.

Finklestein, Norma (1994). « Treatment Issues for Alcohol and Drug-Dependent Pregnant and Parenting Women », dans *Health & Social Work*, 19(1), pp. 7–15.

Finnegan, L. (1991). « Perinatal Substance Abuse: Comments and Perspectives », dans *Seminars in Perinatology*, 15(43), pp. 331–339.

Finnegan, L. (1991). « Treatment Issues for Opioid-Dependent Women During the Perinatal Period », dans *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(2), pp. 191–201.

Finnegan, L., T. Hagan et K. Kattenbach (1991). « Scientific Foundation of Clinical Practice and Opiate Use in Pregnant Women », dans *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 67(3), pp. 1–17.

Fischer, B. (1997). « The Battle for a New Canadian Drug Law: A Legal Basis for Harm Reduction or a New Rhetoric for Prohibition? A Chronology », dans Erickson, P., D. Riley, Y. Cheung et P. O'Hare (eds.), *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*. Toronto, University of Toronto Press.

Flagler, S., T. Hughes et A. Kovalesky (1997). « Toward an Understanding of Addiction », dans *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, (26), pp. 441–448.

Friedman, J. et A. Marissa (1995). « Women and Heroin: The Path of Resistance and its Consequences », dans *Gender and Society*, 9(4), pp. 432–449.

George, A. (1993). *FAS/FAE and NAS Community Prevention Guide*, Vancouver, Vancouver YWCA.

George, A. (1993). *FAS/FAE and NAS Guide to Resources*, Vancouver, Vancouver YWCA.

George, A. (1993). *Guide for Parents, Teacher and Others Caring for Children with FAS/FAE or NAS,* Vancouver, Vancouver YWCA.

Glenn, Evelyn N. (1994). « Social Constructions of Mothering: A Thematic Overview », dans Glenn, Evelyn Nakano, Grace Chang et Linda Rennie Forcey (eds.), *Mothering: Ideology, Experience and Agency*, New York, Routledge, pp. 1–29.

Goldberg, M.E. (1995). « Substance-Abusing Women: False Stereotypes and Real Needs », dans *Social Work*, 40(6), pp. 789–798.

Gomberg, E. (1996). « Women's Drinking Practices and Problems From a Lifespan Perspective », Howard, S. Martin, P. Mail et M. Hilton (eds.), dans *Women and Alcohol: Issues for Prevention Research, Research Monograph No. 32*. Maryland: National Institute of Health, pp. 185–214.

Gomez, L. (1997). *Misconceiving Mothers: Legislators, Prosecutors and the Politics of Prenatal Drug Exposure*, Philadelphia, Temple University Press.

Grant, T., C. Ernst et A. Streissguth (1996). « An Intervention with High-Risk Mothers Who Abuse Alcohol and Drugs: The Seattle Advocacy Model », dans *American Journal of Public Health*, 86(12), pp. 1815–1816.

Grant, T., C. Ernst, S. McAuliff et A. Streissguth (1997). « The Difference Game: Facilitating Change in High-Risk Clients », dans *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, juillet-août, pp. 429–432.

Greaves, L. (1995). « Women and Health: A Feminist Perspective on Tobacco Control », dans Burt, S. et Code L. (eds.), *Changing Methods: Feminists Transforming Practice*, Peterborough, Ontario, Bradview Press, pp. 195–216.

Green, L.W., M.A. George, M. Daniel, C.J. Frankish, C.J. Herbert, W.R. Bowie et M. O'Neill (1995). « Bilan et recommandations pour le développement de la recherche participative en promotion de la santé au Canada », dans *Recherche participative et promotion de la santé*, Vancouver, University of British Columbia, pp. 3–21.

Gregoire, T.K. (1994). « Assessing the Benefits and Increasing the Utility of Addiction Training for Public Child Welfare Workers: A Pilot Study », dans *Child Welfare*, 73(1), pp. 69–81.

Gustavsson, N.S. (1991). « Chemically Exposed Children: The Child Welfare Response », dans *Child and Adolescent Social Work Journal*, 8(4), pp. 297–307.

Gustavsson, N. (1991). « Pregnant Chemically Dependent Women: The New Criminals », *AFFILIA*, 6(2), pp. 61–73.

Gustavsson, N. et J. Rycraft (1993). « The Multiple Service Needs of Drug Dependent Mothers », dans *Child and Adolescent Social Work Journal*, 10(2), pp. 141–151.

Gustavsson, N. et J. Rycraft (1994). « Chemically Dependent Mothers and Their Children », dans *Journal of Social Research*, 20(1/2), pp. 55–71.

Gustavsson, Nora et Ann MacEachron (1997). « Criminalizing Women's Behavior », dans *The Journal of Drug Issues*, 27(3), pp. 673–687.

Hawk, M. et A. Norton (1994). « How Social Policies Make Matters Worse: The Case of Maternal Substance Abuse », dans *The Journal of Drug Issues*, 24(3), pp. 517–526.

Hayes, H. et J. Emshoff (1993). « Substance Abuse and Family Violence », dans R.L. Hampton (dir.) *Family Violence: Prevention and Treatment*, Newbury Park, Sage Publications, pp. 281–310.

Hewitt, D., G. Vinje et P. MacNeil (1996). *Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les femmes au Canada (Sommaire – Horizons deux)*, Ottawa, Ontario, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (http://www.ccsa.ca/horiz2f.htm).

Hodgson, Maggie (1987). *Indian Communities Develop Futuristic Addictions Treatment and Health Approach*, Edmonton, Alberta, Nechi Training, Research and Health Promotions Institute.

Hoegerman, G. et S. Schnoll (1991). « Narcotic Use in Pregnancy », dans *Clinics in Perinatology*, 18(1), pp. 51–76.

Huber, Anna Maria (1998). *Fetal Alcohol Syndrome in the Canadian Press: A Discourse Analysis* [thèse de maîtrise non publiée], University of Victoria, Victoria, Colombie-Britannique, Canada.

Hughes, P., S. Coletti, R. Neri *et al.* (1995). « Retaining Cocaine-Abusing Women in a Therapeutic Community: The Effect of a Child Live-In Program », dans *American Journal of Public Health*, 85(8), pp. 1149–1152.

Hutchins, E. (1997). « Drug Use During Pregnancy », dans *Journal of Drug Issues*, 27(3), pp. 463–485.

Jackman, M. (1995). « The Status of the Foetus Under Canadian Law », dans *Health Law in Canada*, 15, pp. 83–85.

Jackman, M. (1993). « The Canadian Charter as a Barrier to Unwanted Medical Treatment of Pregnant Women in the Interest of the Foetus », dans *Health Law in Canada*, (14), pp. 49–54.

Johnsen, D. (1992). « Shared Interests: Promoting Healthy Births without Sacrificing Women's Liberty », dans *Hastings Law Journal*, 43(3), pp. 569–614.

Kagle, Jill (1987). « Women Who Drink: Changing Images, Changing Realities », dans *Journal of Social Work Education*, (3), pp. 21–28.

Kaplan, E. Ann (1994). « Look Who's Talking, Indeed: Fetal Images in Recent North American Visual Culture », dans Glenn, Evelyn Nakano, Grace Chang et Linda Rennie Forcey (eds.), *Mothering: Ideology, Experience and Agency*, New York, Routledge, pp. 121–137.

Kaplan-Sanoff, M. et K. Rice (1992) « Working With Addicted Women in Recovery and Their Children: Lessons Learned in Boston City Hospital's Women and Infants Clinic – Zero to Three », *National Center for Clinical Infant Programs*, pp. 127–132.

Kaskutus, L. (1996). « A Road Less Travelled: Choosing the 'Women for Sobriety Program' », dans *Journal of Drug Issues, Inc.*, hiver, pp. 77–94.

Keane, H. (1996). « The Toxic Womb: Fetal Alcohol Syndrome, Alcoholism and the Female Body », *Australian Feminist Studies*, 11(24), pp. 263–276.

Kearney, M. (1997). « Drug Treatment for Women: Traditional Models and New Directions », dans *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, (26), pp. 459–468.

Kearney, M., S. Murphy et M. Rosenbaum (1994). « Mothering On Crack Cocaine: A Grounded Theory Analysis », dans *Social Science and Medicine*, 38(2), pp. 351–361.

Kearney, P. et M. Ibbetson (1997). « Opiate Dependent Women and Their Babies: A Study of the Multi-Disciplinary Work of a Hospital and a Local Authority », dans *British Journal of Social Work*, (21), 1997, pp. 105–126.

King, P. (1991). « Helping Women Helping Children: Drug Policy and Future Generations », dans *The Millbank Quarterly*, 69(4), pp. 595–621.

Kopera-Frye, K., P. Tswelnaldin, A. Streissguth et R. LaDue (1994). « Preventing FAS by Empowering Native American Chemical Dependency Counselors », dans *The Provider*, 19(4), pp. 66–69.

Koren, G. Graham, H. K. Shear et T. Einarson (1989). « Bias Against the Null Hypothesis: The Reproductive Hazards of Cocaine », *The Lancet*, 16 décembre, pp. 1440–1442.

Kovalesky, A. et S. Flagler (1997). « Child Placement Issues of Women with Addictions », dans *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, septembre/octobre, pp. 585–592.

Lex, B. (1994). « Alcohol and Other Drug Use Among Women », dans *Alcohol Health & Research World*, 18(3), pp. 212–219.

Lieb, J. et C. Sterk-Elifson (1995). « Crack in the Cradle: Social Policy and Reproductive Rights Among Crack-Using Females », dans *Contemporary Drug Problems*, 22, hiver, pp. 687–705.

Little, R., A. Streissguth et G. Guzinski (1980). « Prevention of Fetal Alcohol Syndrome: A Model Program », dans *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 4(2), pp. 185–189.

Little, R.E. et A.P. Streissguth (1987). « Reducing Fetal Alcohol Effects: The Seattle Pregnancy and Health Program », dans Majewski, F. (ed.), *Die Alkohol-Embryopathie*, pp. 197–203.

Logli, P. (1992). « The Prosecutor's Role in Solving the Problems of Prenatal Drug Use and Substance Abused Children », dans *Hastings Law Journal*, 43(3), pp. 559–568.

McCormack, T. (1998). *State Feminism and Its Discontents: Feminist Interventions in the Winnipeg Glue Sniffing Case*, présenté à l'Assemblée annuelle de la Société canadienne de sociologie et d'anthropologie, Ottawa.

McCullough, C. et P. Curtis (1993). « The Impact of Alcohol and Other Drugs on the Child Welfare System », dans *Child Welfare*, 72(6), pp. 533–542.

McEwan, K. (1994). *The British Columbia Day-Evening-Weekend Pilot Program for Women.* Victoria, Alcohol and Drug Services, Ministry of Health.

McKenzie, D. (1996). *Profil canadien 1996 : le syndrome de l'alcoolisme foetal*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, (http://www.ccsa.ca).

McLellan, M. (1995). « Breaking the Cycle: A New Service for Your Drug-Addicted Female Patients », Toronto, Motherisk Program Newsletter.

McNeece, C.A. (1997). « Pregnancy and Substance Abuse », *Journal of Drug Issues*, 27(3), pp. 445–446.

Major-Blatch, L. (1994). « Women in Therapeutic Communities: A Family Approach to Treatment », dans Broom, D. (ed.), *Double Bind: Women Affected by Alcohol and Other Drugs*, St. Leonard's, New South Wales, Allen & Unwin, pp. 183–194.

Maquire, P. (1987). « Paradigms and Research: Different Lenses for Viewing Reality », dans *Doing Participatory Research: A Feminist Approach*, Amherst, University of Massachusetts Press.

Marcenko, M. et M. Spence (1995). « Psychosocial Correlates of Child Out-of Home Living Arrangements Among At-Risk Pregnant Women », dans *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, juin, pp. 369–375.

Marcenko, M. et M. Spence (1995). « Social and Psychological Correlates of Substance Abuse Among Pregnant Women », dans *Social Work Research*, 19(2), pp. 103–109.

Markens, S., C.H. Browner et N. Press (1997). « Feeding the Fetus: On Interrogating the Notion of Maternal-Fetal Conflict », dans *Feminist Studies*, 23(2), pp. 351–372.

Martin, S., K. English, K. Clark, D. Cilenti et L. Kupper (1996). « Violence and Substance Use Among North Carolina Pregnant Women », dans *American Journal of Public Health*, 86(7), pp. 991–998.

Merjer, L. (1992). « Looking to the Future: Working with High Risk Pregnant Women in a Residential Setting », Presentation at the 2nd International Conference on Perinatal Drug Dependency, Vancouver, Colombie-Britannique.

Metsch, L., J. Rivers et M. Miller (1995). « Implementation of a Family-Centered Treatment Program for Substance Abusing Women and Their Children: Barriers and Resolutions », dans *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), pp. 73–78.

Meyers, C. et I. Moss (1992). « Residential Treatment: Linkage with Community Drug Treatment Programs », dans *Child Welfare*, 71(6), pp. 537–545.

Miller, F. (1996). « The Legal Intervention in Winnipeg is Wrong », [commentaire], Toronto, dans *The Globe and Mail,* 8 août, p. A1.

Miller, Max (1982). Producer, Pandora's Bottle [vidéo].

Miller, S. (1995). « Case Studies: Profiles of Women Recovering from Drug Addiction », dans *Journal of Drug Education*, 25(2), pp. 149–157.

Miller, W. et E. Cervantes (1997). « Gender Patterns of Alcohol Problems: Pretreatment Responses of Women and Men to the Comprehensive Drinker Profile », dans *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), pp. 263–277.

Mitchell, L. et E. Georges (1997). « Cross-Cultural Cyborgs: Greek and Canadian Women's Discourses on Fetal Ultrasound », *Feminist Studies*, 23(2), pp. 373–401.

Moore, T., D. Pepler et M. Motz (1998). *Breaking the Cycle: The Evaluation Report*, Toronto, Breaking the Cycle.

Morgain, L. (1994). « Women's Addiction Recovery Service: A Community Development Model », dans Broom, D. (ed.), *Double Bind: Women Affected by Alcohol and Other Drugs*. St. Leonards, New South Wales: Allen & Unwin, pp. 171–182.

Motherisk Team for Health Professionals Caring For Pregnant Women (1996). *Motherisk Program Newsletter*, (6), automne, pp. 3–5.

Moyers, Bill et Bill White (1998). *Moyers on Addiction: Close to Home – An Interview with Bill White*, PBS special presentation (http://www.pbs.org/closetohome/).

Murphy, J., M. Jellinek, D. Quinn, G. Smith, F. Poitrast et M. Goshko (1991). « Substance Abuse and Serious Child Maltreatment: Prevalence, Risk and Outcome in a Court Sample », dans *Child Abuse and Neglect*, (15), pp. 197–211.

NAPCWA (1991). « Working with Substance-Abusing Families and Drug-Exposed Children: The Child Welfare Response », dans *Public Welfare*, automne, pp. 37–38.

National Native Alcohol and Drug Abuse Program, Prevention Task Group (1991). *Prevention: Framework for Native Communities,* Ottawa, Santé et Bien-être Canada, Direction générale des services médicaux.

Nelson-Zlupko, L., E. Kauffman et M. Morrison-Dore (1995). « Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women », dans *Social Work*, 40(1), 1995, p. 45–59.

Nembhard, K., Y. Peters, C. Boyce, P. Roberts et M. Scott (1997). « Considering the (G) Case: What are the Costs of Compulsory Treatment Orders for Women, their Families and Society? », dans *Womenly Times* (bulletin), Winnipeg, Women's Health Clinic.

Noble, Amanda (1997). « Is Prenatal Drug Use Child Abuse? Reporting Practices and Coerced Treatment in California », dans Erikson, P., D. Riley, Y. Cheung et P. O'Hare (eds.), *Harm Reduction: A New Program for Drug Policies and Programs,* Toronto, University of Toronto Press, pp. 174–194.

Nunes-Dinis, M. et R.P. Barth (1993). « Cocaine Treatment and Outcome », dans *Social Work*, 38(5), pp. 611–617.

Oberman, M. (1992). « Sex, Drugs, Pregnancy and the Law: Rethinking the Problems of Pregnant Women Who Use Drugs », dans *Hastings Law Journal*, 43(3), pp. 505–548.

Olsen, L. « Services for Substance Abuse-Affected Families: The Project Connect Experience », dans *Child and Adolescent Social Work Journal*, 132(3), pp. 183–196.

Ostermann, Suzanne (1995). « A History of Treatment for Chemically Dependent Women », dans *Focus*, septembre, pp. 5–6.

Owen, S. (1998). « Shared Decision-Making: A Case Study », dans Wharf B. et B. McKenzie (eds.), *Connecting Policy to Practice in the Human Services,* Don Mills, Oxford University Press, pp. 81–96.

Peak, K. et F. Del Papa (1993). « Criminal Justice Enters the Womb: Enforcing the 'Right' to be Born Drug-Free », dans *Journal of Criminal Justice*, (21), pp. 245–263.

Pegues, D., M. Engelgau et C. Woernle (1994). « Prevalence of Illicit Drugs Detected in the Urine of Women of Childbearing Age », dans *Alabama Public Health Clinics Public Health Reports*, 109(4), pp. 530–538.

Pittaway, K. (1997). « Women or Children First? », dans *Chatelaine*, mai, pp. 34–41.

Poitier, V., M. Niliwaambieni et C. Rowe (1997). « A Rite of Passage Approach Designed to Preserve the Families of Substance-Abusing African American Women », dans *Child Welfare*, 76(1), pp. 173–195.

Poole, N. (1997). *Alcohol and Other Drug Problems and BC Women: A Report to the Minister of Health from the Minister's Advisory Council on Women's Health,* Victoria, Colombie-Britannique, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

Pratski, R. (1992). « Protocol for Making Reasonable Efforts to Preserve Families in Drug-Related Dependency Cases », dans L.W. Abramczyk (Chair) *International Reuinification Symposium*, Charleston, South Carolina, Center for Family Studies, pp. 30–34.

Prince George FAS Community Collaborative Network (1998). *Grounded in Hope: Our Community's Policy Response to Fetal Alcohol Syndrome,* Ottawa, Santé Canada.

Prince, M. (1993). « New Directions in Social Policy: Progress or Decline », dans Bella, L. (ed.), *Rethinking Social Welfare: People, Policy and Practice*, Proceedings of Sixth Biennial Social Welfare Policy Conference, St. John's, Terre-Neuve, 27–30 juin, pp. 43–150.

Prochaska, J., C. Di Clemente et J. Norcross (1992). « In Search of How People Change: Applications to Addictive Behavior », *American Psychologist*, 47(9), pp. 1102–1114.

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (1991). Groupe de prévention, *Prevention: Framework for Native Communities*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services médicaux.

Reinharz, S. (1992). *Feminist Methods in Social Research*, New York, Oxford University Press.

Rhodes, R. et A. Johnson (1994). « Women and Alcoholism: A Psychosocial Approach », dans *AFFILIA*, 9(2), pp. 145–156.

Rothman, Barbara Katz (1994). « Beyond Mothers and Fathers: Ideology in a Patriarchal Society », dans Glenn, Evelyn Nakano, Grace Chang et Linda Rennie Forcey (eds.), *Mothering: Ideology, Experience and Agency*, New York, Routledge, pp. 139–157.

Russell, M., S. Martier, R. Sokol, P. Mudar, S. Jacobsen et J. Jacobson (1996). « Detecting Risk During Pregnancy: A Comparison of Four Screening Questionnaires », dans *American Journal of Public Health*, 86(10), pp. 1435–1439.

Santé Canada (1994). *Rapport de Travaillons ensemble : Atelier national d'action sur les femmes et la toxicomanie*, Ottawa, Santé Canada.

Santé Canada (1996). *Déclaration conjointe : prévention du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et des effets de l'alcool sur le foetus au Canada*, Ottawa, Santé Canada.

Schroedel, J. et Paul Peretz (1994). « A Gender Analysis of Policy Formation: The Case of Fetal Abuse », dans *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19(2), pp. 335–360.

Scott, Kimberly Ann (1986). *Self Evaluation: Its Relationship to Substance Use in Native Adolescents* [thèse], Waterloo, Ontario.

Scott, Kim (1992). « Substance Use Among Indigenous Canadians », dans Mackenzie, D. (ed.), *Aboriginal Substance Use: Research Issues Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting*, (http://www.ccsa.ca/mckenzie.htm).

Single, E., L. Robson, X. Xie et J. Rehm (1996). *Les coûts de l'abus de substances au Canada : points saillants d'une étude approfondie sur les coûts socio-économiques et les dépenses de santé associés à la consommation de l'alcool, du tabac et des drogues illicites*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, (http://www.ccsa.ca/pubsf.htm).

Starr, K. (1991). « Interdepartmental Consultation and Continuity of Care for Chemically Dependent Pregnant Women – A Team Approach », dans *Substance Abuse*, 12(4), pp. 173–176.

Sterk-Elifson, C. (1996). « Just for Fun: Cocaine Use Among Middle Class Women », dans *Journal of Drug Issues Inc.*, hiver, pp. 63–75.

Sterling-Collins, R. (1991). *Indian Policies: Historical to Present Day Perspective* [non publié].

Stewart, Roberta E. (1995). « Voices From Communities: First Nations and Inuit », *A Summary of Recommendations for Community Healing*, SAGALTS' APKW Community Development Group, mars.

Streissguth, A. (1994). « Fetal Alcohol Syndrome: Understanding the Problem; Understanding the Solution – What Indian Communities Can Do », dans *American Indian Culture and Research Journal*, 18(3), pp. 45–83.

Streissguth, A., T. Grant, C. Ernst, P. Phipps et B. Gendler (1994). « Helping High Risk Mothers: The Birth to 3 Project », dans *Iceberg*, été, pp. 4–5.

Swift, K. (1991). « Contradictions in Child Welfare: Neglect and Responsibility », dans Baine, C., Evans, P. et Neysmith, S. (eds.), *Women's Caring: Feminist Perspectives on Child Welfare*, Toronto, McClelland & Stewart, pp. 234–271.

Swift, K. (1995). *Manufacturing Bad Mothers: A Critical Perspective on Child Neglect,* Toronto, University of Toronto Press.

Tanner, L. (1996). *The Mother's Survival Guide to Recovery: All About Alcohol, Drugs & Babies,* Oakland, New Harbinger Publications.

Thompson, L. (1990). « Working with Alcoholic Families in a Child Welfare Agency: The Problem of Underdiagnosis », dans *Child Welfare*, LXIX(5), pp. 464–470.

Tomison, A. (1996). *Child Maltreatment and Substance Abuse*, [document de discussion], National Clearinghouse, Melbourne, Australian Institute of Family Studies, printemps.

Tracy, C. (1990). « Women, Abuse, Addiction and Public Policy », dans Sproat Kezia, (ed.), *Special Currents*, Columbus, Ohio, Ross Laboratories, pp. 4–6.

Tracy, E. (1994). « Maternal Substance Abuse: Protecting the Child, Preserving the Family », dans *Social Work*, 39(5), pp. 534–540.

Tracy, E. et K. Farkas (1994). « Preparing Practitioners for Child Welfare Practice with Substance-Abusing Families », dans *Child Welfare*, LXXIII(1), pp. 57–67.

Trocme, N., D. McPhee et K.K. Tam (1995). « Child Abuse and Neglect in Ontario: Incidence and Characteristics », dans *Child Welfare*, 74(3), pp. 563–586.

Turnbull, J.E. (1989). « Treatment Issues for Alcoholic Women », dans *Social Casework*, 70(6), pp. 364–369.

U.S. Department of Health and Human Services (1993). *Pregnancy and Exposure to Alcohol and Other Drug Use*, Rockville, Maryland, Center for Substance Abuse Prevention.

Vallis, M. (1997). « Stepping Stones to Recovery from Substance Misuse », dans *Focus on Women*, 9(12), pp. 82–93.

Van Bibber, M. (1997). *Ça prend une communauté : manuel de ressource à l'usage des programmes communautaires de prévention et d'intervention en matière de syndrome d'alcoolisme foetal et d'effets de l'alcool sur le foetus*, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

Van Den Bergh, N. (1991). « Having Bitten the Apple: A Feminist Perspective on Addictions », dans Van Den Bergh, N. (dir.), *Feminist Perspectives on Addictions,* New York, Springer Publishing Co., pp. 3–30.

Wharf, B. (1992). *Communities and Social Policy in Canada,* Toronto, McClelland & Stewart Inc.

Wharf, B. et B. McKenzie (1998). *Connecting Policy to Practice in the Human Services,* Don Mills, Oxford University Press.

White, Linda (1998). *How Professional Systems Instruct Mothers Recovering From Substance Misuse* [thèse de maîtrise non publiée], University of Victoria, Victoria, Colombie-Britannique, Canada.

Whiteford, Linda et Judi Vitucci (1997). « Pregnancy and Addiction: Translating Research into Practice », dans *Social Science and Medicine*, 44(9), pp. 1371–1380.

Wilke, D. (1994). « Women and Alcoholism: How a Male-as-Norm Bias Affects Research, Assessment and Treatment », dans *Health and Social Work*, 19(1), pp. 29–35.

Williams, K. et L. Bruce (1994). « Drug Abuse in Pregnancy », dans *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, mars, pp. 1469–1476.

Wilsnak, S. (1993). « Patterns and Trends in Women's Drinking: Recent Findings and Some Implications for Prevention », dans Howard, J.; Martin, S., Mail, P., Hilton, M. et Taylor, E. (eds.), *Women and Alcohol: Issues for Prevention Research – Research Monograph No. 32*, Maryland, National Institute of Health, pp. 19–63.

Wilson, B. (1991). « Saving Addicted Mothers is No Easier than Saving Anyone Else on Drugs, But the Payoff is Twice as Great », dans *Public Welfare*, automne, pp. 31–36.

Wobie, K., L. Mangus, R. LaSoya, R. Rhoades, R. Andres et J. Grabowski (1997). « Women and Children in Residential Treatment: Outcomes for Mothers and Their Infants », dans *Journal of Drug Issues*, 27(3), pp. 585–606.

Young, I. (1994). « Punishment, Treatment, Empowerment: Three Approaches to Policy for Pregnant Addicts », dans *Feminist Studies*, 20(1), pp. 33–57.

Zaichkin, J. et R. Houston (1993). « The Drug-Exposed Mother and Infant: a Regional Center Experience », dans *Neonatal Network*, 12(3), pp. 41–49.

INTÉGRATION DE LA DIVERSITÉ DANS LA RECHERCHE EN MATIÈRE DE POLITIQUES, AINSI QUE DANS L'ÉLABORATION ET L'ANALYSE DES POLITIQUES *

- **Intégration de la diversité dans la recherche en matière de politiques dans le contexte d'une fédération qui se mondialise et se décentralise**
  Jill Vickers et L. Pauline Rankin

- **Intoxicants et grossesse : La places des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci**
  Marilyn Callahan, Barbara Field, Suzanne Jackson, Audrey Lundquist et Deborah Rutman

- **Qui prend pays... l'impact du parrainage sur les droits à l'égalité des femmes immigrantes francophones en Ontario**
  Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario, Andrée Côté, Marie-Louise Côté, Michèle Kirisit
  En collaboration avec les membres de l'équipe de la recherche : Malika Benson, Laola Demirdache, Marlyse Dumel, Geneviève Guindon et Marguerite Mbonimpa

- **Des femmes indiennes, métisses et inuites d'Amérique du Nord discutent de culture, d'éducation et de travail**
  Carolyn Kenny, Haike Muller et Colleen Purdon

- **Les besoins et les obstacles liés à la santé des femmes autochtones de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick**
  Kinap'iskw Consulting
  Philippa Pictou, Patricia Doyle-Bedwell et Terri Sabattis

- **La politique d'équité en matière d'emploi au Canada : une comparaison interprovinciale**
  Abigail Bakan et Audrey Kobayashi

* Certains de ces documents sont encore en voie d'elaboration; leurs titres ne sont donc pas nécessairement définitifs.